



**Universidad Autónoma de Querétaro**  
**Facultad de filosofía**  
**Licenciatura en Antropología**

Azúcar en la sangre.  
Una teoría otomí de la diabetes


Opción de titulación  
**Tesis individual**

Que como parte de los requisitos para obtener el título de  
**Licenciada en Antropología**

Presenta  
**Gabriela Suárez Velázquez**

Dirigido por  
**Dra. Imelda Aguirre Mendoza**

Dra. Imelda Aguirre Mendoza  
Presidente

  
Firma

Dr. Héctor Martínez Ruiz  
Secretario

  
Firma

Mtra. Asucena Rivera Aguilar  
Vocal

  
Firma

Dra. Beatriz Utrilla Sarmiento  
Suplente

  
Firma

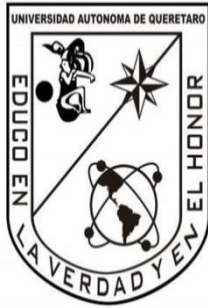
Dra. Adriana Terven Salinas  
Suplente

  
Firma



Dra. Ma. Margarita Espinosa Blas  
Directora de la Facultad de Filosofía

Centro Universitario  
Querétaro, Qro.  
Marzo 2019



**Universidad Autónoma de Querétaro**  
**Facultad de Filosofía**  
**Licenciatura en Antropología**

Azúcar en la sangre.  
Una teoría otomí de la diabetes

**Tesis**

Que para obtener el título de  
Licenciada en Antropología

**Presenta**

Gabriela Suárez Velázquez

**Directora de tesis**

Dra. Imelda Aguirre Mendoza

Santiago de Querétaro, Querétaro, abril 2019

## Índice

<b>Resumen</b>	4
<b>Agradecimientos</b>	6
<b>I. Introducción</b>	7
II. Breve contexto de la comunidad de estudio	9
III. Un esbozo de la atención a la enfermedad en El Sabino de San Ambrosio	14
IV. Diabetes: apuntes preliminares	20
V. De la antropología médica a la teoría nativa	26
VI. Metodología	32
VII. Resumen de contenido	34
<b>Capítulo 1. El cuerpo otomí en relación con la diabetes</b>	37
1.1 Azúcar en la sangre	37
1.2 Cuando la sangre se hace agua	41
1.3 Falta de fuerza ( <i>tse<sub>di</sub></i> ): una consecuencia de la diabetes	42
1.4 La debilidad del cuerpo y la pérdida del gozo	47
1.5 El movimiento y el trabajo: formas locales de ejercitación	49
1.6 Taxonomía frío-caliente y su capacidad orientadora	52
1.7 Comentarios finales	56
<b>Capítulo 2. La diabetes y sus causalidades</b>	57
2.1 Clasificación local de la diabetes	59
2.2 La diabetes y sus causalidades múltiples	60
2.3 Sobre las emociones que <i>llenan</i> el cuerpo de enfermedad	63
2.4 El susto ( <i>mbidi</i> ): el origen concreto de la diabetes	66
2.5 Diabetes por desígnio, diabetes por destino	71
2.6 Comentarios finales	74
<b>Capítulo 3. La diabetes y la alimentación sabinense</b>	75
3.1 Los alimentos naturales y los alimentos con “química”	77
3.2 La fuerza de los alimentos	81
3.3 Azúcar: entre ingrediente y enfermedad	84
3.4 Comer hasta llenarse. La importancia de la tortilla en la dieta alimenticia	86
3.5 Estar lleno de vida: un potencial equívoco	89
3.6 De incorporaciones y sustituciones: las imperceptibles transformaciones de las prácticas alimentarias.	91
3.7 Comentarios finales	97
<b>Capítulo 4. Formas de control de la diabetes</b>	98
4.1 De lo invisible: la relación dialógica con Dios y su efectividad terapéutica	98

4.2 La función de la familia en el contexto de la enfermedad	101
4.3 El sistema local de tratamiento de la diabetes	104
4.4 Tratamiento de la diabetes desde la medicina alópata	110
4.5 Las tensiones entre el sistema médico local y la medicina alópata	116
4.6 Comentarios finales	124
<b>Conclusiones</b>	<b>126</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>147</b>

## Resumen

Azúcar en la sangre. Una teoría otomí de la diabetes, es una tesis que se propone comprender la diabetes (Mellitus o tipo dos) entre la población de El Sabino de San Ambrosio, en el municipio de Tolimán. La diabetes es una enfermedad crónico-degenerativa que, de acuerdo con las estadísticas de salud, constituye una de las mayores problemáticas de salud a nivel nacional. Se pretende una exploración a la enfermedad desde las “categorías empíricas”, resultado de la “exploración reflexiva del mundo” –en términos de Lévi-Strauss– de esta población. Profundiza en la relación entre los saberes propios de este grupo y los conocimientos de los médicos que los atienden; el trabajo responde a la pregunta de cómo éstos se relacionan y qué resulta de su modo de relación específica.

La investigación indaga en las practicas terapéuticas de este grupo, tratando de comprender las cuestiones problemáticas en este contexto, tales como las posibles imposiciones, renuencias e incomprensiones bilaterales. Finalmente, se propone un dialogo entre los saberes locales y los propios de la medicina hegemónica (alópata), se alude a formas de relación simétricas, no intrusivas, ni desarticuladoras, y a la colaboración como modo de relación idóneo.

**Palabras clave:** diabetes mellitus, otomí, teoría nativa, azúcar, medicina alópata, salud, enfermedad.

## **Abstract**

Sugar in the blood. An Otomi theory of diabetes is a thesis that focuses in understanding diabetes (Mellitus or type two) among the El Sabino de San Ambrosio community, in the municipality of Tolimán. The diabetes is a chronic-degenerative disease that, according to the health statistics, it constitutes one of the biggest problematics of the health at national level. The study intends to explore the disease from the “empirical categories”, resulting from the “reflexive exploration of the world” –in Lévi-Strauss terms- of this population. It digs deeper into the relation between the knowledge of the sabinenses group and the knowledge of the doctors who attend this population. The work responds to the question, how these two different approaches of knowledge relate each other and what results from its specific way of relationship.

The investigation explore in the therapeutic practices of the group, trying to comprehend the problematic issues in this context, such as the possible impositions, “reluctances” and the bilateral incomprehension. Finally, it suggests a dialogue between local knowledge and hegemonic medicine (allopathic medicine) and alludes to the symmetrical relation form, non-intrusive or dislocated forms of the relationship and the collaboration as a way helping among them.

**Palabras clave:** Mellitus diabetes, otomí, native theory, sugar, allopathic medicine, health, disease.

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer a las personas que colaboraron conmigo en la realización de esta tesis –casi individual, casi íntima– pero que invariablemente ha necesitado de otros. Por orden cronológico: a las jóvenes de la Región de Higuera, del municipio de Tolimán, con quienes inició este proceso, de manera especial a Viridiana, Rosa, Rosi y Alma.

A la Dra. Beatriz Utrilla, quién me dio las primeras pistas sobre cómo proceder con mi tema de investigación, un tema del que ella es gran conocedora. Al Dr. Héctor Martínez porque me introdujo a las perspectivas que posteriormente aprehendería con mejor claridad. A la Dra. Imelda Aguirre, quien me guió de la manera más diligente, con quien me siento profundamente agradecida, y de quien siempre admiraré y celebraré sus múltiples virtudes: conocimiento y lucidez, etc., a la Mtra. Susy, a quien estimo muchísimo, y a la Dra. Adriana Terven, a ambas, por su atenta lectura y comentarios

A mi hermana Verónica porque no tuvo más opción que llevar la incertidumbre de mi proceso y me acompañó con mucho cariño. A mis papás, especialmente a mi mamá, porque le debo mucho. A Isaí, quien me acompañó de muchas maneras, de principio a fin. A Doña Paula, Doña Fema y la señora Lucía de Fabián, mujeres habitantes de El Sabino de San Ambrosio que me acogieron en mis estancias de campo.

A todas y a todos, gracias....

## I. Introducción

El interés por el estudio de la diabetes comenzó en 2014 mientras colaboraba en el proyecto denominado “Desde mi comunidad”<sup>1</sup>, llevado a cabo en el municipio de Tolimán, particularmente con mujeres jóvenes de distintas comunidades otomíes de la región de Higuera. Tal proyecto consistió en hacer un acompañamiento guiado a las jóvenes, quienes harían una indagación en sus localidades de tipo etnográfica; sobre la historia, las costumbres, las festividades, la lengua, en general sobre cómo era la vida en la región.

En el transcurso del proyecto, hubo momentos en que, de manera simultánea, platicábamos sobre nuestras historias personales, nuestras familias, nuestros quehaceres, etc., así me enteré que muchas de ellas tenían familiares que padecían diabetes<sup>2</sup>.

Entre lo que se comentaba respecto a la diabetes, había una serie de afirmaciones que reflejaban algunas de las percepciones respecto a su padecimiento y sus causas, y otras que denotaban la incertidumbre que esta enfermedad generaba, dada su reciente presencia. En una ocasión una de las jóvenes, quien tenía a su padre enfermo, mencionó que le preocupaba contraer ese mal, según esto porque “...la gente decía que la diabetes se le quedaba<sup>3</sup> al hijo o hija del enfermo que éste más quisiera...”<sup>4</sup>, y por ser ella la más allegada a su padre, pensaba que podría padecerla. La naturaleza de dichas afirmaciones, me generó interés por comprender la relación entre la enfermedad y su contexto sociocultural.

---

<sup>1</sup> Proyecto del programa “Tzuni” del DIF Estatal, coordinado por la Antrop. Andrea Rodríguez. Los relatos y descripciones de las jóvenes se sistematizaron en un pequeño libro de nombre: “La memoria de nuestros cerros” (2015). Éste se tradujo a la lengua otomí, pues el proyecto tenía como trasfondo (entre otros) abonar a la revitalización de esta lengua.

<sup>2</sup> En ese momento dos de ellas tenían a su padre enfermo; la tía de otra de ellas había muerto de diabetes y su mamá la padecía.

<sup>3</sup> Haciendo referencia a que este hijo heredaría la diabetes.

<sup>4</sup> Testimonio de niña de 14 años, de la comunidad de El Sabino, septiembre de 2014.



En este sentido, el tema de la *enfermedad* había sido de interés personal, la asumía como una dimensión vital que tiene relación y efectos a nivel individual y social. La enfermedad es un fenómeno complejo debido a que, además de ser un proceso biológico y/o psicológico, “los padecimientos humanos constituyen universos narrativos y simbólicos que condensan formas de experiencias propias de un mundo local” (Martínez, 2008, p. 8). La enfermedad es un tema de indagación filosófica y ha sido abordada desde otras áreas sociales y, en especial, desde la antropología.

Por otra parte, es de mi conocimiento que, según cifras oficiales, en los últimos años los casos de diabetes mellitus se elevaron de manera alarmante en todo el país. Aun cuando la enfermedad está mayormente asociada con la población urbana o las llamadas “sociedades modernas”, la diabetes mellitus comenzó a tener una presencia significativa en comunidades indígenas y/o rurales.

La elección de la localidad, El Sabino de San Ambrosio, fue motivada en primera instancia por la convivencia que se tuvo con sus habitantes, principalmente con las jóvenes involucradas en el proyecto mencionado previamente. Por otro lado, El Sabino es de las localidades de mayor número de habitantes en la región, eso me permitió identificar con claridad los casos, las experiencias que se describen en este trabajo.

No obstante, más allá de haber elegido esta localidad por tener presencia de población indígena y con ello, seguir la trayectoria y tradición antropológica de estudiar a los grupos y pueblos indígenas, fue porque el lugar reunía elementos que, en su conjunto, motivaban las predilecciones personales y académicas antes mencionadas.

## II. Breve contexto de la comunidad de estudio

El Sabino de San Ambrosio es una de las comunidades con mayor número de población de las 27 que integran la microrregión de Higueras<sup>5</sup>. La región está ubicada en el municipio de Tolimán<sup>6</sup>, en la zona semidesértica del Estado de Querétaro. Higueras es conocida como la “zona indígena” de este municipio. La identidad étnica de esta población tiene origen en un pasado histórico que podemos rastrear por fuentes etnohistóricas al menos desde el siglo XVI, tras el encuentro entre los grupos otomíes y españoles con grupos chichimecas que habitaban ya en esta región.

Higueras se extiende sobre un paisaje montañoso. Una vista panorámica de la región nos deja ver a las comunidades distribuidas, todas ellas, en las laderas de sus cerros. El clima en la región es semiseco, aunque por sus condiciones ecológicas y la existencia de fuentes de agua, como arroyos temporales y manantiales permanentes, la vegetación cambia de manera contrastante según el punto de la región en la que se encuentre.

En El Sabino la altitud es de 1,760 metros sobre el nivel del mar; una ligera corriente de agua procedente de un manantial, ubicado en el interior de la comunidad, a las faldas de un árbol sabino, ha permitido que durante todo el año los espacios próximos al manantial se mantengan húmedos, por lo que hay una

---

<sup>5</sup>Las siguientes son las comunidades que componen la región de Higueras, los números que se encuentran en los paréntesis corresponden al total de su población: Bomintza (596), Carrizalillo (244), Casa Blanca (668), El Ciprés (83), Derramadero (90), El Aguacate (3), El Cerrito Parado (537), El Chilar (281), El Jabalí (45), El Madroño (71), El Saucito (141), El Sauz (7), El Xhaminal (99), El Tule (418), El Granjeno (202), Laguna de Albares (12), Las Crucitas (57), Las moras (35), Los González (524), Maguey Manzo (331), Mesa de Ramírez (723), Mesa de Chagoya (166), El Manantial (67), Puerto Blanco (412), Sabino de Ambrosio (638), Pedregal (17), La Presita (80). Vázquez, A. y Prieto, D. (2011). *Los pueblos indígenas del Estado de Querétaro. Compendio monográfico*. México: CDI (p. 175)

<sup>6</sup> El municipio de Tolimán se encuentra localizado en la parte Centro Oeste del estado de Querétaro, entre las coordenadas 20° 45' y 21° 04' de latitud Norte y entre 99° 47' y 100° 05' de longitud Oeste, con altitudes que varían entre 1 350 y 2 740 msnm. Colinda al Norte con el municipio de Peñamiller y el estado de Guanajuato, al Oeste con el municipio de Colón y el estado de Guanajuato, al Sur con los municipios de Cadereyta de Montes, Ezequiel Montes y Colón; y al Este con los municipios de Peñamiller y Cadereyta de Montes. Obtenido de: <http://siglo.inafed.gob.mx/enciclopedia/EMM22queretaro/municipios/22018a.html>. Consultado el 12 de diciembre de 2018.

diversidad de árboles frutales a su costado, también propicia y permite la siembra de algunas frutas y verduras en pequeños huertos para consumo familiar. Enseguida cambia el paisaje: nos encontramos con una zona de la localidad que no se beneficia de esta corriente de agua, dejando ver sus particularidades semidesérticas: su vegetación compuesta por magueyes, nopaleras, garambullos, órganos, granjeno, pitahayas, sábila, pirul (el “árbol doctor”, para los lugareños) y eucaliptos.

La siguiente información sociodemográfica sobre El Sabino se obtuvo del último censo realizado por el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), en el año 2010: En El Sabino de San Ambrosio habitan 638 personas, 417 son hablantes de la lengua hñáño, de las cuales 369 son bilingües, además de hablar el otomí<sup>7</sup> hablan español.

A la comunidad la componen 137 viviendas, 111 de éstas tienen energía eléctrica, 92 disponen de agua entubada en el hogar, 108 no tienen drenaje, 81 disponen de televisor, y ninguna de las viviendas tiene acceso al servicio de internet. Del total, 606 habitantes profesan la religión católica y según el mismo censo, no hay personas sin religión. Otros datos, nos dicen que, del total, 546 personas son derechohabientes de algún servicio de salud como seguro popular o Seguro Médico Nueva Generación.

---

<sup>7</sup> El otomí es hablado en la República Mexicana por 291.722 (17.212 [5.9%] monolingües) personas, según el XII Censo General de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática de México, repartidas en varios Estados: Hidalgo, Distrito Federal, Veracruz, Querétaro, Puebla, Yucatán, Michoacán, Tlaxcala, Guanajuato, San Luis Potosí, Campeche, Quintana Roo, Morelos y Estado de México. Por su número de hablantes, es la quinta lengua indígena de mayor importancia en México. Obtenido de: <https://linguistica.inah.gob.mx/index.php/leng/93-otomi>. Consultado el 13 de noviembre de 2018.



Mapa Región de Higueras (Rodríguez, *et al.*, 2015, p. 13)

Lo anterior nos permite visualizar en términos estadísticos cómo es El Sabino de San Ambrosio, su tamaño aproximado y los servicios básicos a los que tienen acceso sus habitantes. Tengamos en cuenta que estas son sólo cantidades y que, es imprescindible contar con referencias de las cualidades y características de aquello a lo que aluden las cifras.

La manutención de las familias sabinenses tiene como base principal, los salarios que obtienen los padres de familia, hijas e hijos que ante la escasez de trabajo en la región, se desplazan a la capital del Estado (ésta se ha constituido como uno de los puntos principales de atracción de esta población), para laborar en la construcción o en el sector manufacturero. En lo que respecta a las mujeres, particularmente las jóvenes, es usual que se inserten en las fábricas, la pisca en los invernaderos de empresas privadas de la región y/o el empleo doméstico, casi siempre en la ciudad de Querétaro. La emigración a Estados Unidos ha sido otra de las opciones frente a la desocupación, aunque en menor medida, en relación con estas otras actividades mencionadas.

A las actividades destinadas a la obtención de recursos, le siguen algunas otras como la elaboración y venta de blusas y servilletas de tejido (Randa, burgalesa y gancho<sup>8</sup>). Dicha actividad es mayormente practicada por las mujeres en los hogares o de manera colectiva en el Polo de Desarrollo de la comunidad<sup>9</sup>. Los subsidios Estatales, a través de programas sociales como PROSPERA –del que más tarde se hablará– se han vuelto, en algunos casos, indispensables para las familias, sobre todo en lo que respecta a la permanencia y continuidad escolar. Las madres de familia son las administradoras, ellas reciben los apoyos monetarios de los programas y el “gasto” que aportan los integrantes de la familia, y lo asignan en su mayoría a la satisfacción de las necesidades del hogar.

---

<sup>8</sup> Arte textil tradicional de la región.

<sup>9</sup> Polo de desarrollo o centros de desarrollo comunitario, son espacios destinados para actividades colectivas, artísticas y de esparcimiento. En el caso de El Sabino, ahí se llevan a cabo talleres de alfabetización, bordados, manualidades y las consultas médicas.

La distribución de las actividades de la vida cotidiana en El Sabino, consisten en lo siguiente:

Entre semana: Hombres jóvenes y adultos salen a trabajar; los fines de semana se incorporan a las actividades de la localidad. Los niños destinan sus días a la escuela, a las actividades del hogar y al juego. Los más pequeños van al preescolar del CONAFE<sup>10</sup>. Los de primaria caminan un kilómetro y medio para llegar a la escuela que se encuentra en los límites de El Sabino con Cerrito Parado, la comunidad vecina. Los de secundaria caminan a la comunidad Casa Blanca, en donde se ubica la Telesecundaria más cercana. En la misma comunidad de El Sabino se encuentra un bachillerato tipo EMSAD<sup>11</sup>, a la que también asisten jóvenes de otras comunidades.

Las madres de familia se encargan de llevar a moler el nixtamal para las tortillas y poner el café para el desayuno. Además de hacer tortillas preparan la comida, salen por la leña o los nopales al cerro, lavan la ropa, van o mandan a los niños por el agua al brote del manantial; alimentan y cuidan animales de corral (gallinas), porcinos y a sus perros.

Por otro lado, la región de Higueras, incluyendo a Sabino de San Ambrosio, se caracteriza por una abundancia de fiestas y celebraciones religiosas, que incluyen danzas, rituales y peregrinaciones; tres son las más importantes: la Celebración de la Santa Cruz (3, 4, 5 de mayo), la Peregrinación al Zamorano (27-30 de abril) y la fiesta a San Miguel Arcángel (30 de junio al 27 de septiembre). Ésta última integra no solo a las comunidades de la región, sino también a otros barrios contiguos a la cabecera municipal; se prolonga durante tres meses, periodo en el que niños y niñas danzan en cuadrillas. Es una fiesta que celebra la fe, la tradición y la convivencia comunitaria.

---

<sup>10</sup> Consejo Nacional del Fomento Educativo (CONAFE), un organismo público descentralizado de la Secretaría de Educación Pública (SEP) que atiende en el nivel básico escolar en localidades que registran altos y muy altos niveles de marginación y rezago social. Los servicios educativos de la institución se orientan a poblaciones mestizas, indígenas y migrantes.

<sup>11</sup> La Educación Media Superior a Distancia (EMSAD) es una opción educativa donde los estudiantes basan su aprendizaje en el empleo de materiales impresos y multimedia, como videos, audio cintas y programas de computación, así como en asesorías grupales e individuales impartidas por docentes.

### III. Un esbozo de la atención a la enfermedad en El Sabino

En El Sabino existen dos sistemas o métodos de tratamiento de las enfermedades: por un lado está el que, dadas sus características, me refiero como sistema médico “local” y, por otro, el modelo biomédico alópata, en el que se basan hoy día la gran mayoría de los servicios de atención a la salud. En este apartado introductorio señalo algunas cuestiones relativas a este segundo método, ya que, a lo largo de la tesis, se le da un lugar preminente al sistema médico local por razones que se expondrán más adelante. La separación que se propone de ambos métodos se debe al afán de comprender cómo es cada uno, pues en la práctica hay una concatenación de éstos; es posible observar cómo las personas los alternan cuando lo consideran pertinente.

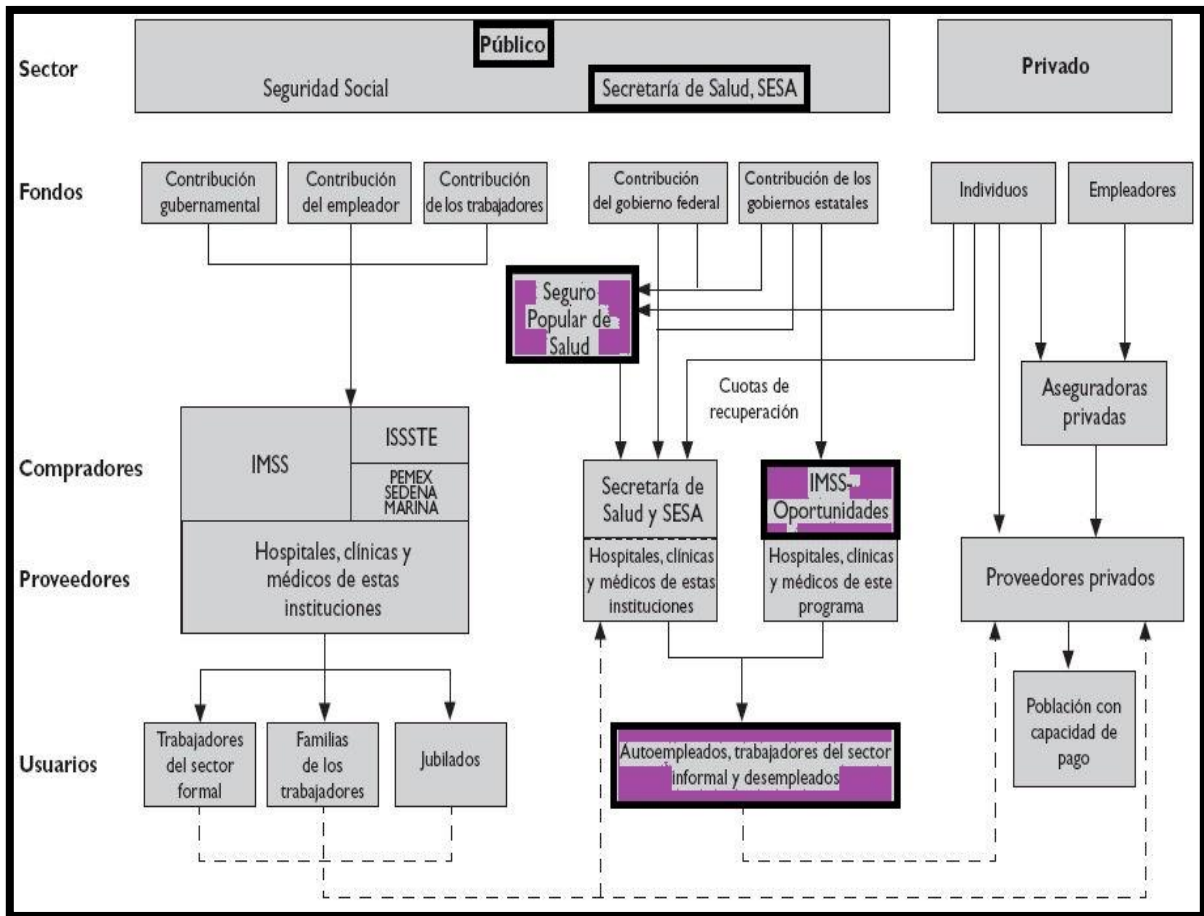
El siguiente diagrama muestra cómo está conformado de manera general el sistema de salud en México<sup>12</sup>, del que cabe decir, sin profundizar, “es hoy una amalgama de instituciones públicas y privadas que no garantizan el acceso a la salud y servicios de calidad para todos”<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> El Sistema de Salud en México comprende dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran: Instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros] y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), [Seguro Popular (SP)]. El sector privado comprende: compañías aseguradoras y prestadores de servicios que trabajan en farmacias, consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa. Obtenido de: <https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/El-Sistema-de-Salud-en-M%C3%A9xico-De-la-fragmentaci%C3%B3n-hacia-un-Sistema-de-Salud-Universal>. Accedido el 15 de diciembre del 2018.

<sup>13</sup> Obtenido de: <https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/El-Sistema-de-Salud-en-M%C3%A9xico-De-la-fragmentaci%C3%B3n-hacia-un-Sistema-de-Salud-Universal>. Accedido el 15 de diciembre de 2018.





14

De manera general, el servicio de salud a través del cual es atendida la población sabinense se ubica en el sector público, opera mediante la Secretaría de Salud, en contribución de los gobiernos federal y estatal, y concretamente a través del Seguro Popular. El seguro popular es una política pública que tiene como propósito brindar protección a la población no derechohabiente vía un seguro de salud, público y voluntario, orientado a reducir los gastos médicos de bolsillo y fomentar la atención oportuna a la salud.

Cabe destacar que a la población sabinense, el Seguro Popular se les otorga una vez que son incorporados al padrón de beneficiarios del programa PROSPERA.

<sup>14</sup> Obtenido de: <https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/El-Sistema-de-Salud-en-M%C3%A9xico-De-la-fragmentaci%C3%B3n-hacia-un-Sistema-de-Salud-Universal>. Accedido el 23 de diciembre de 2018.



Es pertinente hacer una pausa para anotar cuestiones relativas a este programa, debida la relevancia que tiene en este contexto específico, pues como se dijo anteriormente, dicho programa se ha vuelto indispensable para la manutención de muchas de las familias. Además, se refleja, a lo largo de la tesis, cómo esta amalgama de servicios de salud, en conjunto con los programas sociales, en su articulación normativa e institucional, establecen modos específicos de relación entre la población sabinense y el modelo biomédico –en el que se basan las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los servicios de salud pública– diferenciados de la población que recibe atención a través del Seguro Popular, pero que no es beneficiaria de este programa.

PROSPERA, en su conjunto, es complejo, éste es un Programa Federal con una cobertura nacional; identifica los hogares que se encuentran en situación de “pobreza”, por medio de una encuesta de características socioeconómicas y demográficas. Las familias beneficiarias están adscritas en uno de los dos esquemas de apoyos que componen al programa: Apoyos Con Corresponsabilidad y Apoyos Sin Corresponsabilidad<sup>15</sup>. En el primer esquema operan de manera simultánea los tres componentes básicos: salud, educación y alimentación<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Esquema de Apoyos Con Corresponsabilidad: En este esquema la cobertura y capacidad de atención de los servicios de educación y salud, permiten operar de forma simultánea los componentes: educativo, de salud y alimentario, por lo que las familias pueden recibir los apoyos de todos los componentes del Programa. Esquema de Apoyos Sin Corresponsabilidad: En este esquema la cobertura y capacidad de atención de los servicios de educación y salud no permiten operar de forma simultánea los componentes: educativo, de salud y alimentario, por lo que las familias reciben los apoyos de los componentes alimentario y de vinculación, así como los apoyos de Educación Superior. En este segundo esquema, las familias no están sujetas a acciones de corresponsabilidad para recibir los apoyos del Programa. (R.O.P, 2018, p. 9).

<sup>16</sup> Componente Educación, por medio de una mayor cobertura educativa, con el otorgamiento de becas como incentivo para la permanencia y avance escolar. (p. 5) Componente Salud, a través de acciones de promoción de la salud para la prevención de enfermedades, así como el impulso para el acceso a servicios de salud. (p.5) Componente Alimentación, a través de la entrega de apoyos monetarios directos a las familias beneficiarias, para contribuir a que mejoren la cantidad, calidad y diversidad de su alimentación. (p.5) (R.O.P, 2018).

Los beneficiarios adscritos a este esquema deben cumplir con una serie de acciones denominadas Corresponsabilidades<sup>17</sup>. Estas corresponsabilidades implican las siguientes acciones:

En el Esquema de Apoyos con Corresponsabilidad el apoyo educativo está sujeto a la inscripción, asistencia regular y su permanencia en la institución educativa. Los apoyos monetarios mensuales de Alimentación, Alimentario Complementario e Infantil, se suspenden cuando la familia beneficiaria no cumple con las corresponsabilidades del componente de salud: ya sea con su asistencia a las citas médicas programadas o a la capacitación para el autocuidado de la salud. La suspensión indefinida se dará cuando: en el medio rural, la familia beneficiaria no cumpla con su corresponsabilidad en salud en cuatro meses consecutivos o seis meses discontinuos en el curso de los últimos doce meses<sup>18</sup>.

La mayoría de las familias sabinenses están adscritas al esquema de la Corresponsabilidad. Así tenemos que todos los integrantes de la familia beneficiaria, incluyendo niños y adultos mayores, deben asistir a sus citas médicas programadas y a los talleres comunitarios para el autocuidado de la salud, de acuerdo al modelo rural (cada dos meses; 6 talleres anuales)<sup>19</sup>.

En la región de Higueras, estas citas médicas programadas son atendidas por una “Caravana Móvil de Salud”. Estas Caravanas son un medio a través del cual se acercan los servicios de atención a la salud a nivel comunitario, en localidades pertenecientes a las microrregiones cuyas características geográficas y socio-demográficas, les impiden o dificultan el acceso a la red de servicios de salud<sup>20</sup>.

---

<sup>17</sup> Además de las corresponsabilidades mencionadas (el cumplimiento de las actividades relacionadas con el servicio de salud y las relacionadas con el componente educativo) las madres de familia deben cumplir con dos corresponsabilidades más: la asistencia a un taller una hora, una vez a la semana con el resto de las compañeras inscritas en el programa. Los talleres tienen como objetivo que las titulares se compartan algún conocimiento, habilidad o la realización de actividades recreativas. Otra de las corresponsabilidades implica la asistencia de las titulares cada dos meses a la entrega de los apoyos, lo cual también es requisito para poder recibir los apoyos de manera regular.

<sup>18</sup> R.O.P, p. 16, 17.

<sup>19</sup> R.O.P, p. 29

<sup>20</sup> Obtenido de: <http://www.ssm.gob.mx/portal/index.php/caravanas-de-la-salud>. Accedido el 25 de julio de 2016.

La Caravana arriba cada dos meses a El Sabino, sus actividades consisten en lo siguiente: un médico se encarga de dar consulta general, da seguimiento a las embarazadas, detección y seguimiento a personas con alguna enfermedad crónico-degenerativa (entre ellas la diabetes mellitus), detecciones en salud reproductiva de la mujer, inmunizaciones, vigilancia epidemiológica, salud del adulto mayor y del anciano y servicios de salud infantil. Mientras tanto, un promotor social imparte los talleres que tratan temas relacionados con el autocuidado y promoción para la salud, planificación familiar, etc.

La Caravana incluye una farmacia móvil que les provee de medicamento, de entre lo disponible, de acuerdo a su padecimiento. El médico toma la asistencia de los integrantes de las familias beneficiarias de PROSPERA y las reporta al programa.

Vemos, desde esta perspectiva, la importancia que tiene la asistencia a las citas médicas y demás actividades del componente de salud, pues de su cumplimiento depende no solo la entrega íntegra de los apoyos monetarios sino, incluso, la permanencia de las familias en el programa. A tales antecedentes me remito para evidenciar que esta imbricación, entre el sistema de salud y del esquema de la corresponsabilidad, ha tenido como efecto que tratarse (en este caso la diabetes mellitus o cualquier otra enfermedad) a través del sistema de salud público, y con ello desde el enfoque y métodos de tratamiento de la biomedicina, se ha convertido, primero, más que en una decisión consiente, en una suerte de obligación. Más adelante se revisarán los efectos de esta dinámica.

Hasta aquí, lo que respecta al sistema de salud pública parece tener un orden “consistente”, sin embargo, hace falta señalar que los médicos de las Caravanas atienden o dan seguimiento a una gran cantidad de personas. El médico que atendía en El Sabino entre 2016 y 2017, daba consulta a un total de hasta 3000 personas en nueve comunidades, con un equipo que constaba de una enfermera –que, en el caso de El Sabino, era una voluntaria de la comunidad encargada de pesar y medir a quienes asistían a la cita médica– y un promotor social, quien coordinaba e impartía los talleres del “Autocuidado para la salud”.

En una de mis estancias de campo, tuve una conversación con Armando Gonzáles Martínez, médico general que atendía en la región de Higuera entre 2016 y 2017<sup>21</sup>. El médico identificaba como “deficiencias” la excesiva carga laboral para los médicos, la falta de infraestructura, el escaso acondicionamiento de los espacios disponibles, la falta de instrumentos y mobiliario para atender de manera eficiente a la población<sup>22</sup>.

De las nueve comunidades de la región, solo cinco contaban con casa de salud y en las otras cuatro, la consulta se realizaba en algún lugar improvisado, Sabino de San Ambrosio es una de estas comunidades, por lo que la consulta se lleva a cabo en el Polo de Desarrollo.

Sin profundizar en este momento en las observaciones y críticas que se le pueden hacer a la atención médica recibida por la población, cabe señalar que las “deficiencias” mencionadas, son mayormente percibidas por la población atendida; nos quedan claras cuando atendemos a las múltiples referencias de cómo se siente la gente, narrativas que hablan del miedo a los juicios de los médicos, la confusión que causa el modo en que explican desde un lenguaje de competencia de la ciencia médica.

Los interlocutores describen la presión que ejercen los médicos sobre la población, a fin de que consuman los medicamentos de acuerdo a sus prescripciones, finalmente, se trata de una consulta de “prototipo monológico”<sup>23</sup> (Martínez, 2008), que no toma en cuenta la voz del enfermo, ni trata de dialogar con las perspectivas locales para encontrar puntos en común, que permitan que los pacientes hagan una aprehensión consciente.

---

<sup>21</sup> Cabe mencionar que tener un acercamiento con los médicos de la Caravana era dificultoso, debido a la cantidad de personas a las que debían atender por día.

<sup>22</sup> El médico Armando describía como en épocas de lluvias las personas se conglomeran en un cuarto del polo si un paciente se presentaba con una infección, los demás corrían el riesgo de contagiarse. También hacía referencia a la falta de instrumentos básicos, como las piñeras para la realización de las detecciones.

<sup>23</sup> “Modelo de intervención en salud pública que prescinde claramente del conocimiento de las realidades locales [...]. Nos referimos a las campañas e iniciativas verticalistas que enfatizan la comunicación unilineal o unidireccionalidad” (Martínez, 2008, p. 176)

Cabe señalar, que no se considera que los métodos y perspectivas de la biomedicina sean en sí mismos desfavorables, no obstante, las referencias etnográficas nos dejan ver que la manera en que se aplican, de forma limitada, con escaso seguimiento, y con la prescripción de medicamentos como exclusivo método de tratamiento, etc., no contribuye a que sean del todo aceptadas y sobre todo, efectivas al momento de tratar las enfermedades.

#### **IV. Diabetes, apuntes preliminares**

...y luego dicen los doctores, dice la gente que más antes había nada más en México, escuchábamos nada más que había diabetes en México, y decían esas gentes que era peligroso, que era contagioso, pero ya ahora dicen que no es cierto, que no es contagioso, que es una herencia dicen, quién sabe cuál será la verdad.

Paula Martínez, 2017.

La diabetes mellitus ha estado tan presente en la comunidad, particularmente, en los últimos 10 años <sup>24</sup>, que las personas suelen decir que no hay modo de salvarse de ella, pues a casi toda la gente le “pega”. Aunque, por otro lado, los interlocutores reconocen que no saben con certeza si había presencia de esta enfermedad en tiempos pasados. En una ocasión que conversaba con Doña Paula, le pregunté si antes la gente se enfermaba de diabetes, la respuesta fue: “Solo Dios [sabe], era niña yo, antes no había médicos, ¿quién sabe de qué se murieron mis papás?” (2016). Los registros clínicos indican que sí había presencia de esta enfermedad, pero no con los indicadores con los que nos encontramos actualmente, así lo indicó el médico Armando Gonzáles en el año 2016.

---

<sup>24</sup> Según datos de la Agencia Informativa CONACYT “A partir del año 2000, la diabetes se convirtió en la principal causa de muerte en México; 17.2 por ciento de los decesos en nuestro país se deben a padecimientos asociados con este mal”. Obtenido de: <http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/3866-diabetes-refrescos>, Accedido el 06 de febrero del 2019.

La diabetes es un tema cotidiano, del dominio público. Se debate sobre ésta en las revistas científicas y en artículos académicos. Organismos nacionales e internacionales de salud, instituciones Estatales diseñan programas y estrategias para abonar a su prevención y tratamiento. Se resaltan sus repercusiones económicas, el gasto público que implica su tratamiento, sus desafortunadas complicaciones; se dice es ya una pandemia, “es la enfermedad del siglo XXI”. Esto es lo que se dice de manera general para el caso de México:

La diabetes es una enfermedad de muy alta prevalencia en el país y es, sin duda alguna, el mayor reto que enfrenta el Sistema Nacional de Salud. Además de ser la primera causa de muerte en México, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas (entre 15% y 20%)<sup>25</sup>.

Si nos remitimos a las cifras oficiales que hay en torno a las principales causas de mortalidad, encontramos que para el año de 2012 el INEGI tiene registro de la Diabetes Mellitus o tipo 2 como la tercera causa de muerte, con un total de 85,055 defunciones. Para el Estado de Querétaro ésta se encuentra posicionada dentro de las tres primeras causas de muerte en este mismo año<sup>26</sup>.

La diabetes mellitus no apareció dentro del cuadro de principales causas de muerte hasta 1990. Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta<sup>27</sup>.

---

<sup>25</sup> Soto, G., Moreno, L., Pahua, D., (2016) “Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad”, Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 59 (32), p. 13.

<sup>26</sup> Obtenido de:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/diabetes0.pdf>. 2013. (INEGI, 2010).

<sup>27</sup> Obtenido

de:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO\\_NMH\\_NVI\\_16.3\\_spa.pdf;jsessionid=20150C320BF3B2E8563E09B65CA6CA3?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf;jsessionid=20150C320BF3B2E8563E09B65CA6CA3?sequence=1). Accedido el 20 diciembre del 2018

Entre la población indígena, la diabetes comienza a ser reportada como la principal causa de muerte. En el 2016, a través de la Agencia Informativa CONACYT, el doctor Julián Esparza Romero, académico del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo (CIAD), quien desde hace 24 años se ha dedicado a conocer la prevalencia de diabetes y la obesidad en grupos indígenas, reportaba que “aunque esta enfermedad es una de las prioridades que atiende el sistema de salud pública, representada en encuestas nacionales”, a la fecha no existen datos oficiales en torno a su prevalencia<sup>28</sup> entre la población indígena.

Para el año 2017, se tenían identificadas 92 personas con diabetes del total de la población de las cinco comunidades<sup>29</sup> que atendía el médico Armando Gonzáles Martínez, y 145 se encontraban dentro del programa de detección, el cual da seguimiento a personas con sobrepeso que, por tal motivo, se consideran en riesgo y posibilidad de desarrollar diabetes o alguna otra de las enfermedades crónico-degenerativas.

Así es como la Federación Internacional de diabetes, describe lo que ésta es:

La diabetes es una afección crónica que se desencadena cuando el organismo pierde su capacidad de producir suficiente insulina o de utilizarla con eficacia<sup>30</sup>. La insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y que permite que la glucosa de los alimentos pase a las células del organismo, en donde se convierte en energía para que funcionen los músculos y los tejidos. Como resultado, una persona con diabetes no absorbe la glucosa adecuadamente, de modo que ésta

---

<sup>28</sup> Obtenido de: [http://www.conacytprensa.mx/index.php/centros-conacyt/7702-estudio-sobre-diabetes-en-grupos-indigenas-de-sonora-nota?utm\\_source=newsletter\\_3671&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=estudio-sobre-diabetes-y-obesidad-en-indigenas-de-sonora](http://www.conacytprensa.mx/index.php/centros-conacyt/7702-estudio-sobre-diabetes-en-grupos-indigenas-de-sonora-nota?utm_source=newsletter_3671&utm_medium=email&utm_campaign=estudio-sobre-diabetes-y-obesidad-en-indigenas-de-sonora). Accedido el 20 de diciembre del 2018.

<sup>29</sup> Sabino de San Ambrosio, Cerrito Parado, Maguey Manzo, El Saucito y Mesa de Ramírez.

<sup>30</sup> La obesidad es una consecuencia de la ingesta continua y desregulada de alimento rico en contenido energético que no es aprovechado como consecuencia de una baja actividad metabólica y/o sedentarismo, por lo tanto, se almacena y acumula en tejido graso. Durante esta situación, el páncreas tiene una hiperactividad por la concentración alta y constante de glucosa en sangre, con una secreción de insulina elevada para conservar la glucemia en niveles normales. Cervantes, R. d. y Presno J. M. (2013) “Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células  $\beta$  pancreáticas” *Endocrinología y Nutrición*, 21 (3), pp. 98-106.

queda circulando en la sangre (hiperglucemia) y dañando los tejidos con el paso del tiempo. Este deterioro causa complicaciones para la salud potencialmente letales.<sup>31</sup>

La ciencia médica tiene identificados tres tipos de diabetes: el tipo 1, la mellitus o tipo 2 y la gestacional. El tipo de diabetes predominante en la región de Higuera es la Mellitus. Cualquiera de estos tres tipos de diabetes puede recaer en las siguientes complicaciones:

Los adultos con diabetes tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. Las neuropatías combinadas con la reducción del flujo sanguíneo incrementan el riesgo de úlceras de los pies, infección y, en última instancia, amputación. La retinopatía diabética es una causa importante de ceguera y es la consecuencia del daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina que se va acumulando a lo largo del tiempo. El 2,6% de los casos mundiales de ceguera es consecuencia de la diabetes. La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal<sup>32</sup>.

Desde la medicina, se considera que los principales factores de riesgo para que la diabetes se desarrolle, son el sobrepeso y la obesidad<sup>33</sup>, afecciones que van en aumento en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año fallecen al menos 2.8 millones de personas adultas por alguna de estas causas, y representan 44% de la carga de diabetes, 23% de las cardiopatías isquémicas<sup>34</sup>, y entre 7% y 41% de algún cáncer atribuible a la misma.

---

<sup>31</sup> Disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes>. Accedido el 31 de octubre del 2016.

<sup>32</sup> Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. Accedido el 10 de diciembre del 2018.

<sup>33</sup> El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, su causa fundamental es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas.

<sup>34</sup> Las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la principal causa de muerte en los países industrializados, siendo la cardiopatía isquémica motivo fundamental de dicha mortalidad cardiovascular. Estas enfermedades afectan a la población de forma diferente según su edad, sexo, raza y hábitos de vida. El conocimiento de la naturaleza y distribución de estas enfermedades es esencial para su control y prevención. La cardiopatía isquémica es la enfermedad del miocardio producida por la falta de riego sanguíneo en él, o más concretamente por la desproporción entre el aporte del flujo sanguíneo coronario



Desde la etiología biomédica de la diabetes, su desarrollo tiene un importante componente hereditario, sin embargo, quisiera adelantar, ésta es una explicación que no es compartida por la población sabinense; a los interlocutores no les consta que sea de este modo, pues es una enfermedad recientemente diagnosticada y sin referencia de que alguno de sus familiares haya tenido este padecimiento: “la diabetes no existía”, según comentan.

Por otro lado, desde la perspectiva biomédica, el desarrollo de la diabetes está altamente relacionada con la alimentación, por tanto, se puede inferir que los hábitos alimenticios están modificándose, por tales motivos uno de los capítulos de este trabajo está destinado a tratar el tema de la alimentación, aun cuando, como se verá, al interior de la localidad las personas tampoco vinculan su origen con este factor.

Al momento, el sistema de salud pública está enfocado en la medicina preventiva. Las sugerencias generales para la población son: análisis de glucemia para quienes tienen algún antecedente familiar o de sobrepeso, y las tres siguientes prescripciones para ayudar a prevenirla y/o retardar sus complicaciones para quienes ya la padecen:

- 1) alcanzar y mantener un peso corporal saludable.
- 2) mantenerse activo físicamente: al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada, la mayoría de los días de la semana; para controlar el peso puede ser necesaria una actividad más intensa.
- 3) consumir una dieta saludable, que evite el azúcar y las grasas saturadas.

Los artículos sobre diabetes, tanto en notas científicas e informativas como en los discursos de las instituciones de salud, suelen especificar lo siguiente: “se ha demostrado que medidas *simples* relacionadas con el estilo de vida, son eficaces para prevenir la diabetes tipo 2 o retrasar su aparición, [estas son] realización de

---

(que puede ser normal) y las necesidades miocardios (que pueden estar muy elevadas). Puede manifestarse en forma de episodios agudos, temporales o crónicos. Disponible en: <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/enciclopedia/cardiopatia-isquemica>. Accedido el 10 de noviembre del 2018.

actividad física y el mantenimiento de una dieta saludable”<sup>35</sup>, incluso estas recomendaciones se expresan, casi siempre, de la misma manera y en el mismo tono. Señalaría que las anteriores prescripciones se caracterizan por una suerte de “simplicidad”.

Las preguntas que quedan, después de conocer el importante aumento de diabetes, son: ¿Por qué medidas tan “simples” no han podido ser asimiladas por la sociedad? ¿Por qué la población no está atendiendo a estas “simples” recomendaciones? ¿Qué condiciones debieran darse para que la población responda de manera positiva a dichas sugerencias?

A lo largo de este trabajo, hay referencias de los equívocos y las dificultades con las que la población sabinense se ha venido encontrando al tratar de seguir estas “sencillas recomendaciones”.

---

<sup>35</sup> Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. Accedido el 10 de diciembre del 2018

## V. De la antropología médica a la teoría nativa

La manera en la que se aborda este tema se definió a partir de plantearlo desde diversos enfoques, considerando unas y otras aristas de este fenómeno. Primero, consideré que lo que debía hacer era entender las ideas de los habitantes de Higueras sobre la enfermedad y contrastarlo con la versión médica, ya que, desde mi primera estancia en campo, advertí discrepancias entre la percepción que los habitantes tienen sobre la diabetes y lo dicho por los médicos. Esto acarreaba desapego por parte de los pacientes, renuencia ante los tratamientos, desconfianza ante el discurso y diagnóstico de los médicos que los atendían.

Inicialmente, pensé en desarrollar la investigación desde conceptos tales como las “representaciones sociales”, “sistemas de representaciones de la enfermedad”, los “significados” socialmente construidos, incluso, desde la “Antropología simbólica”. Haría eso que tradicionalmente hacemos como antropólogos, una interpretación de este fenómeno: seleccionaría mis conceptos, los desarrollaría bajo un marco conceptual, tomaría ideas clave de algunos de los autores que han estudiado el tema, y con estos conceptos como punto de partida, trataría de entender y explicar: “El proceso de salud-enfermedad de la diabetes en comunidades indígenas de la zona de Higueras de Tolimán”; ese era el título inicial de mi tesis.

Las preguntas de investigación de ese momento, buscaban identificar desde qué marcos culturales se estaba concibiendo la enfermedad y explicar por qué las personas no estaban atendiendo a las recomendaciones médicas. Consideraba que la población “debía” admitir estas perspectivas y la terapéutica propia de la biomedicina, a fin de reducir la presencia y/o reducir los efectos de la diabetes.

Posteriormente conocí las perspectivas de la antropología médica, de la salud o de la enfermedad<sup>36</sup>. Esta subdisciplina se ha ocupado, a grandes rasgos, de

---

<sup>36</sup> Antropología médica, de la salud o enfermedad pueden tomarse como sinónimos, los temas en los que se centran son prácticamente los mismos: estudios de los procesos de salud o enfermedad en un determinado contexto cultural.

estudiar la salud y la enfermedad en su dimensión sociocultural. Ángel Martínez define a la antropología médica, a partir de su función disciplinar, como un producto intelectual que debate en torno a dos ejes; por un lado la ciencia y por otro lado “las creencias”.

Para este autor, la antropología médica de hoy en día es el resultado de una construcción de los límites entre ciencia y creencia, entre biomedicina y la cultura. Martínez afirma que “desde una perspectiva antropológica, la enfermedad, la salud, la aflicción y la muerte se entienden como fenómenos dependientes de la cultura y de la vida social” (2008, p.66).

Hasta aquí tenía dos antecedentes importantes. Primero, las perspectivas de la antropología médica. Este trabajo, que tiene como eje a la diabetes, de ser abordada desde la antropología médica o de la salud, buscaría responder a cuestiones tales como: identificar el papel de los factores socioculturales y socioeconómicos en el desarrollo de la enfermedad (hábitos dietéticos, formas de vida, percepciones sociales, redes sociales, pobreza, migraciones etc.), identificar los métodos que se siguen para el tratamiento de las enfermedades desde la medicina tradicional y/o la medicina moderna: alopática y homeopática, y desde su dimensión simbólica se asumiría la enfermedad como un fenómeno multidimensional. Finalmente, a través de este conocimiento, trata de resolver la cuestión acerca de cómo actuar sobre la enfermedad.

Segundo, la función de la biomedicina en el contexto de la enfermedad. Mientras que la ciencia médica se encarga, a grandes rasgos, de diagnosticar y dar tratamiento a las enfermedades, al poseer un carácter de universalidad (porque tiene presencia de sus conocimientos y métodos en casi todo el planeta, y porque proyecta homogéneamente sus modos de tratar y prevenir las enfermedades, sea el contexto que sea), su aplicación no da cabida a consideraciones de carácter específico o particular, no retoma la diversidad de experiencias, las narrativas de aflicción (Martínez, 2008), sino que atiende al corpus de conocimientos científicos desarrollados por la biomedicina.

Una idea que tenía clara desde un inicio, y que en cierta medida me ayudó a ubicar los objetivos, era que, si bien la diabetes es padecida por muchas personas a nivel mundial; no se piensa, ni experimenta de la misma manera, es decir, sí retomaba la premisa de Ángel Martínez, al ser la enfermedad un fenómeno dependiente de la cultura, debía asumir su diversidad y su particularidad simultáneamente, condición a la que dijimos, no atiende la ciencia médica, debido a su rigidez.

Por otro lado, mi experiencia en campo me permitió comprender que independientemente de lo que la ciencia médica ha establecido sobre lo que la diabetes es, la población sabinense ha ido construyendo desde sus propios conocimientos locales, una particular visión sobre ésta.

Para ese momento había entrado en contacto con los planteamientos de Viveiros de Castro, los cuales me darían los indicios acerca de “cómo proceder” ante los saberes que se iban perfilando en El Sabino en torno a esta enfermedad.

Viveiros de Castro propone que “todas las teorías antropológicas no triviales son versiones de las prácticas de conocimiento indígenas: así, esas teorías se ubican en una estricta continuidad estructural con las pragmáticas intelectuales de los colectivos que históricamente se encuentran en ‘posición de objeto’ con respecto a la disciplina” (2010, p. 17). Por tanto, plantea que la originalidad, la riqueza y la diversidad de los estudios de la antropología (sus conceptos, problemas, entidades, agentes) devienen más de las concepciones y de las prácticas de las sociedades, pueblos o colectivos que se propone estudiar, que del ingenio mismo del antropólogo.

Viveiros de Castro propone: “es preciso extraer todas las consecuencias de la idea de que las sociedades y las culturas que constituyen el objeto de la investigación antropológica influyen, o para decirlo claramente coproducen, las teorías sobre la sociedad y la cultura formuladas a partir de esas investigaciones” (Ibídem, p. 15).

Este reconocimiento supone, “tomar como conceptos las ideas indígenas significa considerarlas como dotadas de una significación filosófica” (Ibídem, p. 201) puesto

que tratarlas, “como cogniciones individuales, representaciones colectivas, actitudes proposicionales, creencias cosmológicas, esquemas inconscientes, complejos textuales, disposiciones encarnadas o algo por el estilo, sería convertirlas en otras tantas ficciones teóricas” (Ibídem, 200).

La exhortación es a situar las ideas indígenas en el mismo plano que las ideas antropológicas; puesto que, así como existen conceptos en antropología que nos permiten explicar cierto tipo de ideas, los conceptos nativos explican cosas por sí mismos.

Desde esta perspectiva, no se trataría ya del “estudio de la mentalidad indígena”, de sus “procesos cognitivos [o] de los objetos de ese pensamiento, [sino del] mundo posible que sus conceptos proyectan” (*Ídem*).

Mientras que las anteriores propuestas, en Viveiros de Castro constituyen un ejercicio teórico-práctico, que se inscribe en la descolonización del pensamiento, Latour (2007) lo adscribe en la práctica de una antropología simétrica, que se propone establecer la igualdad de los saberes, partiendo de un análisis crítico de la ciencia, específicamente de su constitución moderna. Un análisis que va en la búsqueda del origen de los mitos modernos, a fin de demostrar la relativa universalidad de la ciencia, manifestando cómo la ciencia, la racionalidad, lo moderno, lo sistemático, lo totalitario, en fin, el pensamiento occidental, ha definido el sentido y ser de la verdad.

Latour sostiene “que los modernos simplemente inventaron las redes” que tuvieron extraordinarios efectos de dimensionamiento, haciendo variar las relaciones de lo local y lo global [así que] tenemos tendencia a transformar las redes alargadas de los occidentales [,] en totalidades sistemáticas y globales” (Latour, 2007, p.170).

La antropología, una ciencia entre muchas, nos recuerda Viveiros de Castro, ha estado siempre muy obsesionada con la ciencia, así sus estudios han tenido la tradición de estar equiparando, comparando, descalificando, explicando a los pueblos que son objeto, siempre en relación con la ciencia. Por tanto, una

antropología simétrica debe, desde el fondo de sus entrañas, sustituir la constitución moderna por lo que consistiría en un ejercicio de traducción.

Así, “los problemas verdaderamente antropológicos no se plantean nunca en términos psicologistas de la creencia, ni en los términos logicistas del valor de verdad” (Viveiros de Castro, 2010, p. 209) Una antropología simétrica no debe aferrarse más a “la imagen de [que] la ciencia, esa especie de patrón oro del pensamiento, es el único terreno en el que podemos relacionarnos con la actividad intelectual de los pueblos extraños a la tradición occidental” (Ibídem, p. 205).

Quizá lo que nos preguntamos enseguida es, “si nos privamos de los recursos de lo moderno” (Latour, 2007, p. 185) ¿Qué es lo que nos queda? Cuando abandonamos el mundo moderno, señala Latour, no caemos sobre una esencia, sino sobre un proceso, un movimiento, un pasaje, un mundo que nos obliga tener en cuenta, a la vez y en el mismo aliento, la naturaleza de las cosas, las técnicas, las ciencias, los seres de ficción, las religiones pequeñas y grandes, la política.

“Nuestro mundo dejó [deja] de ser moderno desde que sustituimos cada una de las esencias por los mediadores, los delegados, los traductores que les dan sentido” (Ibídem, p. 188).

Se trata de transparentar y retomar todo este conjunto de relaciones, porque nos deja más claro lo que constituye al mundo de los otros, si es lo que nos proponemos.

Tenemos elementos que nos dejan ver que la divergencia entre las construcciones teóricas de la biomedicina como ciencia y las construcciones locales, con las que a lo largo de la tesis estaremos conviviendo, radican, en que cada uno nombra y concibe en función de sus necesidades. Así, “el uso de los términos más o menos abstractos no es en función de las capacidades intelectuales, sino de intereses desigualmente señalados y detallados de cada sociedad particular” (Lévi-Strauss, 1984, p.13).

En Ambos casos, como veremos a lo largo de la tesis, suponen la exigencia de un orden, un deseo por conocer, por comprender; están constituidos por formas locales de clasificación, identificación de las cualidades de lo que les rodea, al mismo tiempo que las integran y articulan a su orientación práctica.

Los criterios de identidad entre la producción de conocimientos locales y los de la biomedicina como ciencia, justifican porque no necesitamos remitirnos a ésta para explicar a los primeros, pues el pensamiento sabinense se explica por sí mismo. No necesitamos darle a la ciencia médica, ni a la antropología, mayor o igual capacidad explicativa con respecto a la formulación nativa.

Sí asumimos que la gente tiene sus propias construcciones teóricas y que son igual de válidas que las de la ciencia, sean las de la ciencia médica desde la cual se explica la enfermedad como un fenómeno biológico, sea desde la antropología para explicar social y culturalmente este fenómeno, podemos prescindir de éstas dos últimas, y atender a estos conocimientos que se explican a sí mismos. No nos relacionamos con la biomedicina como si poseyera la verdad unívoca respecto a lo que la diabetes es.

Así, la investigación se centra en la teoría nativa, no en las del médico, ni en las producciones teóricas a la luz de las cuales analizar o explicar sus modos de pensar. Se trata de transparentar cómo surgen los conocimientos; cómo crean, cómo se van concatenando las ideas de modo tal que llegan a establecerse y asumirse como verdades para los habitantes de El Sabino, conocimiento que a su vez orienta su modo de proceder ante la diabetes.

El planteamiento central es que las personas construyen sus propio conocimientos y categorías de lo que son y les acontece. Reconociéndolas como “un sistema bien articulado e independiente” (Lévi-Strauss, 1984, p. 30). Mi labor consiste en intentar describir dicha concepción nativa sobre la diabetes.



## **VI. Metodología**

Dado el sentido, la tendencia y la importancia en la construcción de los conocimientos desarrollados por la antropología, esta investigación parte desde una metodología de tipo cualitativa, y la etnografía se privilegia como método de investigación. Las técnicas empleadas fueron entrevistas semi-estructuradas y, si bien, la tesis no presenta estudios de caso como tal, hay interlocutores sobre los que encontraremos múltiples referencias a lo largo de la tesis.

Tal como mencionaba al inicio, en el año 2014 visité y conocí por primera vez la región de Higueras. Desde ese momento comenzaba a familiarizarme con la región en general y más profundamente con Sabino de San Ambrosio. No había indagado sobre el tema de la diabetes, pero sí sobre la trayectoria histórica de las comunidades y sus festividades, conocía de manera general cómo era la vida en la región.

Es en 2015 cuando realizo la primera estancia de campo enfocada en el abordaje de la diabetes. En ese momento hice una exploración en tres comunidades: Bomintzha, La Presita y Sabino De San Ambrosio. También conocí a algunas de las personas que posteriormente se convertirían en mis principales interlocutores.

De manera más formal, realicé una estancia de trabajo de campo en el verano de 2016. Los datos obtenidos en este punto me permitieron esbozar la estructura general de esta tesis. Posteriormente, por cada capítulo se llevaron a cabo visitas con preguntas más puntuales sobre temas correspondientes a cada capítulo.

Las entrevistas y las notas de campo son los principales materiales empíricos. La sistematización de la información consistió en la transcripción de las entrevistas, éstas y las notas se clasificaban por tema y, por lo tanto, se fragmentaban de acuerdo a la temática de cada uno de los capítulos. Estos cortes y fragmentaciones de las narrativas, se hicieron en función de la propia naturaleza de la investigación, las narrativas presentan otra fluidez.

Como se apreciará, el contenido de este trabajo está estructurado fundamentalmente por las narrativas de los interlocutores. Se retomó la manera en que definieron o describieron determinados conceptos e ideas. Debo mencionar que hubo un esfuerzo, sobre todo en este punto, pues se cuidó de respetar el sentido y la forma en que las personas hablaron de determinadas cuestiones, y esto se procura desde que se transcribe y se toma la cita sin sacarla de contexto.

Se advierte que este punto es fundamental puesto que, si no se procede con atención y diligencia, la estructura propia y las conclusiones resultantes, no reflejarían los conocimientos propios o las realidades de los interlocutores.

Cabe señalar que al interior de la localidad, las percepciones sobre la diabetes divergen de acuerdo con la generación con la que se dialogue. Este trabajo recupera las narrativas de dos generaciones: adultos y adultos mayores, que además son personas que padecen la enfermedad. Podemos señalar que el estudio está delimitado por estas dos características.

Reconozco la importancia de algunas perspectivas y posturas respecto al *deber ser* de la relación entre el investigador y los interlocutores: respetuoso y simétrico, que señalan la convivencia y la confianza como elementos indispensables de este tipo de relaciones o encuentros. Honestamente, no asumiría que lo que caracterizaba mi relación con la mayoría de los interlocutores fuese la confianza y la convivencia, eso sucede salvo en algunas ocasiones, pues los contactos e interacciones son en muchas de las ocasiones fortuitos y circunstanciales. Por ende, lamentablemente, no todas las etapas de investigación suceden en paralelo a la formación de lazos de confianza con los interlocutores.

Por último, quisiera señalar que el tópico de la enfermedad no constituye únicamente un tema sobre el cual se tienen opiniones, no es solo un tema de conversación, sino que es la *realidad* misma de los interlocutores. En la mayoría de las ocasiones, hablar de enfermedad lleva inevitablemente a hablar de muerte, sufrimiento y dolor.

Esta tesis no refleja explícitamente casos específicos de las consecuencias físicas y emocionales de la diabetes<sup>37</sup> –recordemos que sobre todo busca manifestar los conocimientos que se han ido perfilando en torno a esta enfermedad y las practicas terapéuticas que sigue esta población para su control– tales como la reducción de las capacidades del cuerpo para funcionar de manera normal y de su deterioro (en la región ya están presentándose casos de amputaciones, ceguera, hemodiálisis, etc.); y a nivel emocional, de las preocupaciones, el desánimo, el estrés. Lo anterior supone que el encuentro con los interlocutores no siempre es posible, pues suelen estar convalecientes, aunado a que, tal como pude percibir, el tema de la enfermedad en la comunidad, es un tema de carácter íntimo; estas dos cuestiones complejizaron su abordaje. Lleva tiempo comprender dichas limitaciones y encontrar la manera más prudente de proceder al respeto.

## **VII. Resumen de contenido.**

Además del presente apartado introductorio, esta tesis se desarrolla a lo largo de cuatro capítulos. En el primer capítulo se exponen algunas consideraciones relacionadas con el cuerpo: en qué parte del cuerpo se gesta la diabetes desde la perspectiva sabinense. En particular se ahonda en dos elementos imprescindibles para comprender lo anterior: la sangre y el azúcar. Respecto a la sangre se revisarán sus transformaciones y sus efectos, como el de la pérdida de fuerza. Se profundiza en la taxonomía frío-caliente, dada su capacidad explicativa. Finalmente, la función del movimiento corporal como el paralelo local de la ejercitación física.

En el segundo capítulo se hace una exploración a la etiología colectiva de la diabetes (¿cómo entra la diabetes al cuerpo?). Tenemos que a diferencia de la etiología biomédica, la etiología sabinense considera un importante antecedente

---

<sup>37</sup> Sin profundizar en las repercusiones económicas para las familias.

emocional; a su desarrollo preceden emociones de carácter “perjudicial”. Revisamos “el espanto” como la emoción más trascendente pues, en conjunto con otros elementos, explica el origen concreto de la diabetes. Se aborda la noción del destino debido a que, desde la perspectiva sabinense, pareciese ser el fundamento del origen de esta enfermedad.

El tercer capítulo presenta lo referente a la alimentación. Se señalan algunas alteridades referenciales entre las concepciones sabinenses y las de los médicos que los atienden, en cuestiones como: qué es la obesidad y/o gordura para unos y otros, cómo es una “buena alimentación” para cada uno. Se revisan algunas propiedades atribuidas a los alimentos. Se profundiza en clasificaciones locales importantes en este contexto, como los “alimentos del campo” y los alimentos con “química”. El “azúcar” como una enfermedad contaminante, pero concretamente como un ingrediente presente en algunos alimentos. Además de señalar cuáles son y en qué consisten las transformaciones de las prácticas alimentarias al interior de la localidad.

En el capítulo cuatro se abordan las prácticas terapéuticas y de cuidado que está siguiendo hasta el momento esta población para el control de la diabetes. Se abordará, por un lado, el sistema médico local y las características propias del método biomédico alópata, con el que mantiene una relación constante. Se presta particular atención a cómo es la relación entre estas medicinas y entre sus saberes; finalmente se propone la necesaria colaboración entre ambas.

En el capítulo de conclusiones, se presentan las principales nociones y guías de la teoría sabinense de la diabetes, abordadas a lo largo de la tesis. Las emociones como fundamento de la etiología, los componentes con los que se relaciona localmente la diabetes: la azúcar, la sangre. Algunas nociones a las que los interlocutores se remiten para dar explicación de lo que sucede: el desequilibrio frío-caliente, la fuerza, lo químico, lo contaminante, lo natural, el movimiento y su potencial terapéutico, la noción del destino, el significado y trascendencia de Dios en sus vidas, etc.

También se muestran las aristas que deja pendiente el presente trabajo: como lo relacionado con la soberanía y la seguridad alimentaria, dado que, desde la perspectiva de las ciencias de la salud, se considera que en una alimentación “sana-higiénico-dietética”, se encuentra tanto la prevención como un efectivo control de la diabetes. Se puntualiza que hay fenómenos externos, globales, económicos y políticos, que explican a su vez fenómenos locales, como la emigración, el desempleo -la reorganización al interior de los hogares como efecto de lo anterior-, el cambio climático, etc., y de los que por el momento, no se trató su posible relación con la incidencia de la diabetes.

Finalmente, con todo lo anterior como antecedente, se sugieren una serie de condiciones de posibilidad, a fin de que la relación entre los saberes médicos y los de la población sabinense pueda ser de colaboración y de reducción de las asimetrías y las incomprensiones.

La propuesta final es la de un modo de relación que no sea intrusiva, que no irrumpa con las formas evidentemente articuladas de pensar la vida y de actuar en consecuencia. Vimos en los interlocutores ese carácter reflexivo, sin lugar a dudas son agentes activos del mundo que les acontece, además de la evidente continuidad entre esto y sus propias orientaciones.

Se asumió que este ejercicio reflexivo, en su sentido práctico, puede fungir como un antecedente en la creación de líneas de acción respecto a la prevención de la diabetes, de ser planteada como una problemática de salud nacional que está cobrando muchas vidas.

## Capítulo 1. El cuerpo otomí en relación con la diabetes

En este primer capítulo se aborda cómo la población sabinense explica la diabetes a través de sus relaciones con el cuerpo. ¿A qué conceptos se remiten para expresar los síntomas de la diabetes? ¿En qué partes del cuerpo reside? ¿Cómo la diabetes transforma al cuerpo? Se abordan los conceptos de sangre (*ji*)<sup>38</sup>, fuerza (*tsēdi*) y el desequilibrio frío-caliente; una forma local de clasificación de los estados patológicos, los alimentos, las plantas medicinales, las personas, etc. Asimismo, se verá la importancia del trabajo y el movimiento corporal en el contexto de esta enfermedad ¿Cómo están vinculadas estas nociones con la diabetes?

Abordar a la diabetes desde los conceptos nativos, es indispensable debido a que sólo a través de éstos se puede acceder a lo que la diabetes es y al modo en que se ha construido en esta comunidad.

### 1.1 Azúcar en la sangre

Más allá de definir la sangre, lo que me propongo, retomando la recomendación de Lazcarro, es resistir a “toda tentativa de sustancializar la sangre. Por el contrario, debemos de acogerla como un fruto de una concatenación de relaciones” (2016, p.9), pues recordemos que ésta, como el resto de las nociones que abordaremos, no son esencias, sino que puede comprenderseles solamente como algo que está delimitado, atravesado y constituido por otros elementos presentes en el contexto mismo desde donde se abordan.

---

<sup>38</sup> A lo largo de la tesis, se usarán traducciones, del otomí, de algunas palabras clave de la investigación. La revisión de estas palabras las realizó la joven Oliva Luna Baltazar, originaria de El Saucito, del municipio de Tolimán.

Además, cabe señalar que no siempre es posible sustancializar los determinados conceptos y nociones que se irán abordando a lo largo de la tesis, debido a que las personas no siempre expresan sus ideas con definiciones fijas, sino por el contrario, tal como sucede en el caso de la sangre, cuando hablan de ella, expresan lo que la sangre es, haciendo referencia a sus características y funciones, es decir, en términos de sus cualidades, no de su definición.

Es una certeza para esta población que la diabetes está en la sangre; la idea de que la diabetes es azúcar, ha llegado a ser tan central que decir “tengo azúcar” es sinónimo de decir “tengo diabetes.” La sangre es la sustancia concreta en donde está contenida la azúcar, bajo esta idea, la azúcar es la diabetes.

Ana Sánchez cuenta con 45 años de edad, padece diabetes desde hace 8 años, tiene cuatro hijos y es oriunda de El Sabino. En el 2016 me platicó acerca del momento en que tuvo su primera charla con el médico en el Polo de Desarrollo, cuando comenzaba a experimentar los síntomas de la diabetes: “Nada, no me dijeron nada, me dijo el doctor que ya tenía diabetes, el azúcar, que tengo azúcar” [...] ¿quién sabe qué es la diabetes?, yo no sé nada, nada más que tengo diabetes. Mi cuñada también se murió del azúcar... tenía azúcar”.

Con el aumento de casos de diabetes, el sistema de salud implementó la realización de pruebas de detección (como parte de las acciones de “prevención” de enfermedades crónicas), aplicándosele constantemente a la población exámenes de glucemia, las cuales permiten identificar los niveles de azúcar en la sangre. Así, la respuesta contundente de los doctores a los pacientes, acerca de su diagnóstico, suele ser esa, tal como lo describió Ana, los médicos les explican que el exceso de azúcar desembocó en diabetes; tienen diabetes porque tienen un exceso de azúcar en la sangre.

María Isabel Santiago tiene 60 años, hace 14 que *le pegó* la diabetes, me cuenta cómo fue que supo que tenía dicha enfermedad: “A uno lo primero que le checan es la azúcar, se le sube a uno en un rato. El azúcar lo tenemos en cualquier

momento. Me sacaron la sangre, es la diabetes que me pegó. Se pone dulce la sangre” (2016).

En este mismo sentido, en una ocasión, mientras la nuera de Guadalupe Martínez, de 54 años, me invitaba una taza de café con pan de la fiesta de San Miguel, Guadalupe me hablaba un poco desesperada sobre el momento en que descubrió que tenía diabetes, luego de ir a consulta en el Polo de Desarrollo: “El doctor nada más me dijo que tenía el azúcar en la sangre, nada más me dijo así. Montones de pastillas que me dio” (2016).

Cuando las personas describen y explican las causas de la diabetes y cómo es que ésta se desarrolla<sup>39</sup>, puede notarse que la idea general contempla que cuando alguien tiene la enfermedad, se debe a que “la persona tiene mucho dulce o mucha azúcar y grasa (en menor medida)”, y que ambas están en la sangre. Así, el azúcar o lo dulce es retomado para explicar varios aspectos en el contexto de la enfermedad y de distintas formas; las personas con diabetes saben que consumir alimentos con altos niveles de azúcar los llevará a la enfermedad y/o a su descontrol cuando ya se padece diabetes.

Una de las principales consecuencias del exceso de dulce o azúcar en la sangre es la presión arterial alta o hipertensión<sup>40</sup>. Cuando la presión se “sube” se experimentan los siguientes efectos: se pone débil el cuerpo, se pierde la fuerza, la persona se marea y se tiene una sensación de frío-calor, es decir, el cuerpo suda, pero a la vez se siente frío, comentan los interlocutores. El ascenso del azúcar es una de las principales causas y efectos de la diabetes.

---

<sup>39</sup> En el capítulo siguiente se abordará la etiología sabinense de la diabetes.

<sup>40</sup> La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que la llevan a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanta más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear. Las consecuencias de la hipertensión para la salud se pueden agravar por otros factores que aumentan las probabilidades de sufrir un infarto de miocardio, un accidente cerebrovascular o insuficiencia renal. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obtenido de: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>. 10 de junio de 2017.



Doña Paula, de 68 años, nació en El Sabino y ha vivido ahí durante toda su vida. Ella tiene aproximadamente 10 años con diabetes, ya no ve, perdió la visión desde hace dos años como consecuencia de la enfermedad<sup>41</sup>. Llego a su casa, platica cómo ha estado, me pregunta cómo he estado yo y mi familia. En una ocasión le pregunté específicamente cómo se sentía cuando se le subía la presión, me dijo con mucha calma: “Hay veces que cuando sube el azúcar tengo mucha sed, se siente mareado uno, le duele la cabeza, si se levanta uno, como que se marea, como que no puede respirar uno, como que le aprieta uno su pecho mucho, su garganta, como que no puede hablar uno, no sé qué le pasa acá a su garganta a uno. Se siente mal, se siente feo la presión”.

La hipertensión arterial, un factor asociado a la diabetes, se ha convertido en un síntoma en el que se piensa constantemente. Para evitar que ésta se “suba”, se deben seguir una serie de prescripciones médicas, tales como reducir el consumo de alimentos con altos niveles de azúcares y grasas: el café, el pan, el refresco y tortilla, y se complementa con la ingesta de metformina<sup>42</sup> y la glibenclamida<sup>43</sup>. Sin embargo, en el capítulo dedicado a los alimentos, se describe cómo las perspectivas equívocas llevan a que estas prescripciones no sean del todo adoptadas por la población.

Hasta aquí tenemos que la sangre es la parte del cuerpo específica en donde se concentra la azúcar. De su acumulación excesiva derivan una serie de efectos a nivel corporal y emocional, tal como lo veremos más adelante. Así la diabetes se relaciona con dos elementos esenciales: el azúcar y la sangre.

---

<sup>41</sup> Son varias las consecuencias graves de la diabetes, de entre éstas está el daño visual. La diabetes ocasiona glaucoma en la vista, una lesión del nervio óptico provocada por el aumento de la tensión ocular. Si este problema se encuentra avanzado, la persona con diabetes puede quedar ciega y sin poder revertir el daño: <https://www.astook.com/las-7-principales-consecuencias-de-la-diabetes/>, 09 de julio de 2017.

<sup>42</sup> La metformina es el medicamento recetado más frecuentemente para la diabetes tipo 2 en todo el mundo. El sitio de acción principal de la metformina es en el hígado, para reducir la liberación de azúcar excesiva en la diabetes tipo 2. Metformina es una biguanida eficaz en el control metabólico de la diabetes mellitus tipo II, no insulino dependiente cuando el control dietético falla.

<sup>43</sup> Glibenclamida: medicamento complemento a la dieta para bajar los niveles de glucosa sanguínea en pacientes con diabetes mellitus (Tipo-II) no insulino dependientes cuya hiperglucemia no puede controlarse solamente con la dieta.

## 1.2 Cuando la sangre se hace agua

La sangre se transforma con la llegada de la diabetes, con la acumulación de azúcar. Los interlocutores aseguran que la sangre que tiene azúcar “se hace como agua” y con ello el cuerpo pierde su fuerza (*tse<sub>di</sub>*).

En marzo de 2017, Ana Sánchez comentó que “la diabetes tiene mucha azúcar en la sangre, por eso se le hace como agua la sangre, por el mismo azúcar. Que dicen [las personas de la comunidad] que cuando uno se asusta, pues uno no sabe, uno no se fija, no se preocupa uno, toma un café luego, uno toma refresco o coca”. La narrativa deja ver algunos de los aspectos centrales de las causas de la diabetes desde la perspectiva sabinense: beber algo dulce o alguna bebida fría después de un susto, cuestiones que se tratarán en el siguiente capítulo, lo que por ahora interesa precisar es que la sangre se transforma con la llegada de la diabetes al cuerpo, y que su principal consecuencia será la pérdida de fuerza.

Los relatos de los interlocutores aluden que específicamente las bebidas dulces y frías son las que contribuyen a que la sangre sufra este cambio, me dice Doña Paula: “la fría es la que hace daño, por eso se hace agua su sangre, porque cuando uno tiene diabetes casi la sangre ya apenas está pintada, casi ya es pura agua” (2017).

Kolb (2016) señala que entre los totonacos en Ixtepec, se sabe también que la sangre se transforma con la diabetes; la sangre se vuelve espesa, se acumula y se paraliza, quedando estancada en el corazón. Entre los otomíes de El Sabino, esto causa debilidad en todo el cuerpo, en el caso de los totonacos, se debilita el corazón.

Entonces, el azúcar en la sangre provoca que ésta se modifique y cambie su consistencia, y con ello se pierde la fuerza que contiene. En lo que sigue revisaremos el concepto de fuerza y cuál es su función en el cuerpo.

### 1.3 Falta de fuerza (*tsēdi*): una consecuencia de la diabetes

Una vez que la diabetes entra al cuerpo, concretamente a la sangre, se comienzan a manifestar sus síntomas. Como lo he expresado, entre sus principales consecuencias está la pérdida de la fuerza (*tsēdi*), efecto del exceso de azúcar en la sangre. En las narrativas hay múltiples referencias a esta manifestación.

Juan Pérez (†) vivía en El Sabino, ahí vivió gran parte de su vida. Debido a complicaciones con la diabetes, murió en el año 2017 con 40 años de edad. Con el señor Juan, tuve mi primera charla en 2015 sobre las experiencias que hay tras la diabetes. Él tenía aproximadamente 15 años con esta enfermedad y había estado luchando por salir adelante. Cuando platicué con Don Juan Pérez aquella ocasión me comentó al respecto: “La diabetes debilita al cuerpo, yo no creía en la enfermedad de la diabetes, me levantaba los días lunes con una flojera, me iba poniendo más débil, sin fuerza”.

A lo largo de su vida, Juan trabajó en varios lugares, en Estados Unidos y en Querétaro, casi siempre en la construcción. Platicaba que cuando le dio diabetes le era difícil terminar la jornada laboral superior a las 8 horas diarias, precisamente por la pérdida de fuerza de la que me habló, puesto que estos trabajos implican actividades tales como cargar bultos de hasta 50 kilos y trabajar bajo el sol, labores que suponen un uso considerable de fuerza.

La mayoría de los interlocutores suelen especificar, que esta pérdida de fuerza o debilidad comienza a presentarse en el mismo momento en que aparece la diabetes. A partir de que hay azúcar en la sangre, ésta, como dijimos, se vuelve como agua y con ello se pierde la fuerza. Es como si la fuerza estuviera concretamente en la sangre.

En el caso de los teenek, en la Huasteca potosina, Aguirre menciona que: “la fuerza (*tsápláb*) es una especie de potencia que les concede a los hombres la capacidad de accionar ampliamente en el mundo, accionar que se traduce en el

desempeño de diversas actividades de la vida diaria” (2015, p. 1). La idea expresada es muy similar a la función de la fuerza en el caso de los otomíes en El Sabino, *ra tse<sub>u</sub>di* es aquello que te da “valor”, aquello que te permite hacer las cosas, lo que te ayuda a poner el cuerpo en movimiento.

La pérdida de fuerza se presenta en momentos específicos y con distinta intensidad según el estado de la enfermedad, es decir, según el avance de la diabetes en el cuerpo. Ésta puede ser momentánea, aunque, por otro lado, puede volverse un estado físico permanente; hay mujeres y hombres que dicen no tener fuerza durante todo el día o vivir ya en esta condición de debilidad.

Un caso específico de la pérdida de fuerza momentánea, viene con el ascenso de la presión arterial, puesto que tal como lo describen los interlocutores, una reacción del cuerpo ante este ascenso será inevitablemente la debilidad, además se presentarán otros síntomas, como sudoración, sed, un sabor amargo en la boca, desmayo y falta de hambre.

Hace tres años, cuando platicué con doña Cirila de León Pérez por primera vez, me contó que “cuando la presión se sube, se mareo uno, no tiene fuerza, se suda” (2016). Con respecto a este mismo tema, Doña Paula describió qué ocurre cuando se le sube la presión, me comentó incluso con una exclamación: “¡Ay se siente bien feo! como bien mareado, como bien desmayada, como que te paras sin fuerza, te paras sin ánimo, sin hambre, se le seca a uno la boca, se siente como bien amargosa la boca cuando amanece. A veces sí me siento mal, como que me da mucho sueño, a veces sí se pone como suave mi cuerpo” (2017).

Por otro lado, están las narrativas que muestran casos de la pérdida de fuerza de manera permanente. Anita tiene aproximadamente ocho años con diabetes, me habló de su experiencia: “cuando va empezando [la diabetes] no sientes nada, hasta después. Ahorita ya no tiene ganas de caminar [el cuerpo], si yo quiero levantar ese bote [me señala un bote de 19 litros] ya no puede. Se me cayó el tabique porque ya mi mano ya no siente fuerza, ya no tiene fuerza” (2017).

Aunque la presencia de diabetes es una de las causas de la merma de la fuerza, ésta tiene otras causas, relacionadas con esta misma enfermedad, una de ellas es el cambio en los regímenes dietéticos sugeridos, y hasta cierto punto impuestos por los médicos. Las personas que atienden a la modificación de su alimentación dicen sufrir debilitamiento debido a la disminución en el consumo de alimentos, pues éstos son considerados proveedores de fuerza.

La señora Eufemia tiene diabetes desde hace siete años. Con 78 años cumplidos, me dice que, en general, se siente muy bien, aun cuando no consume los medicamentos prescritos por el doctor, casi siempre se siente bien y se trata con plantas medicinales<sup>44</sup>. Un día, un poco molesta, me cuenta: “Luego me quitaron [refiriéndose al doctor que la atiende en el Polo de Desarrollo], que no podía tomar café, que cosas así, nada de comida, me quitaron todo, de entre más no podía ni pararme” (2016).

Por otro lado, el insumo de medicamentos es una de las alternativas que tienen las personas para hacer frente a este efecto, el de la pérdida de fuerza, pues se considera que al igual que los alimentos, los medicamentos son también poseedores de fuerza. Éstos contribuyen a que el cuerpo vuelva a sentirse con fuerza, aunque en el caso de los medicamentos, la fuerza que proporcionan es transitoria, cuando su efecto pasa vuelve “el desmayo”, la debilidad. María Isabel Santiago Reséndiz tiene 60 años, de los cuales 14 con diabetes. Ella vivía en Casa Blanca<sup>45</sup>, pero desde que se casó vive en El Sabino. Cuando le pregunté cuál es el efecto de los medicamentos, María Isabel respondió: “cuando estoy en tratamiento me siento buena y cuando se acaba la fuerza de los medicamentos, me siento como mareo, como borracha, suave mi cuerpo”.

Lo que sigue es un tanto paradójico, pero todas son reacciones en el cuerpo ante la presencia de la diabetes. Por un lado, la mayoría de las personas con diabetes

---

<sup>44</sup> El capítulo cuatro retoma el tema de las prácticas terapéuticas que se siguen para el tratamiento de la diabetes.

<sup>45</sup> Casa Blanca es una localidad de las que conforman a la región de Higuera, se encuentra a cinco kilómetros, aproximadamente, de El Sabino.

toman, para su tratamiento y control, dos medicamentos principales: metformina y la glibenclamida. Son los mismos medicamentos que ayudan a la regulación de la presión arterial, de la que ya hablaba líneas arriba. Estos medicamentos, a su vez, describen algunos interlocutores, causan falta de apetito, lo que ocasiona que se dejen de ingerir alimentos por un lapso de tiempo, y al no ingerir los alimentos necesarios, aumenta la debilidad. Se trata de una serie de sensaciones contrapuestas, los medicamentos pueden darte fuerza y a su vez quitarte el hambre, lo que induce a la reducción en el consumo de alimentos, lo que termina, nuevamente por abonar a la debilidad corporal.

Por tal motivo, hay interlocutores que han llegado a describir la situación de la siguiente manera: “Si te tomas las pastillas como que no tienes hambre, se siente más débil porque no puede comer, ni sé cómo le voy a hacer, no puedo controlar [la diabetes]” (Anita, 2017). Ella cuenta un poco desesperanzada, que no sabe qué hacer o qué comer, si no se toma el medicamento no tendrá la fuerza que éstos le proporcionan aunque sea de manera momentánea, sin embargo, estos mismos medicamentos tienen esta reacción adversa o secundaria, la pérdida del apetito.

Al respecto narra Clementina Sánchez: “Ahorita estoy tomando la metformina, pero cuando tomo esa pastilla me da asco, con esas pastillas me desmayo, me quita mi hambre, no me dan ganas de comer cuando tomo esas pastillas” (2016).

En El Sabino se considera que la fuerza es de varios tipos o que puede obtenerse a través de varias vías. Tal como veremos, al movimiento se le atribuye la cualidad de ser proveedor de fuerza, así como a algunos alimentos y bebidas.

Los interlocutores señalan que los medicamentos, así como la Coca-Cola<sup>46</sup> y el café, son proveedores de fuerza, una fuerza de tipo transitoria y en cierto modo

---

<sup>46</sup> La Coca-Cola es una bebida efervescente de las más vendidas en el mundo. Las descripciones acerca de lo que sucede en el cuerpo al consumir una lata de ésta y sus contenidos corrosivos, muestran lo siguiente: Al ingerir una lata de este refresco se reciben diez cucharadas de azúcar; esto provoca una reacción muy intensa en nuestro cuerpo, el organismo provee ácido fosfórico para equilibrar esos niveles exagerados de glucosa en la sangre. Sin embargo, no es suficiente: como efecto dominó, la glucosa eleva los niveles de insulina transformando toda la azúcar ubicada en el hígado en grasa. En consecuencia, la presión arterial se eleva, bloqueando los receptores de adenosina (molécula predominante en el proceso del sueño) y así

dañina, puesto que te quita el hambre y a la larga eso debilita aún más al organismo. En el caso de la Coca-Cola, sus altos niveles de azúcares y de sus demás componentes, provocan que cuando las personas la consumen se sientan con vigor, aunque sea momentáneamente. Hay anécdotas, especialmente de los varones que salen a trabajar a las obras de construcción o al campo, que, ante la falta de fuerza necesaria para desempeñar las labores correspondientes, toman Coca-Cola, pues mencionan que de momento ésta les proporciona la fuerza que necesitan, tal como comentaba Juan (†) “la coca me daba valor, me daba fuerza” (2015).

Hay quienes reconocen que fue precisamente el consumo excesivo de Coca-Cola lo que les causó diabetes. Esto constituye un aspecto problemático en el sentido de que, la Coca-Cola es un elemento de doble cualidad, por un lado, ésta puede ser dañina para el organismo, pero a su vez, puede contribuir a que el cuerpo se dote de una especie de vitalidad. Por tal motivo hay quienes la consumen, aun cuando saben de su inevitable efecto dañino.

La de los alimentos, es un tipo de fuerza que “hace bien”, pues no causa ninguna reacción adversa. Los alimentos en general proporcionan fuerza, ya revisábamos las narrativas que hablan de cómo la reducción de su consumo lleva a la debilidad corporal.

Hay otra fuerza contenida en algunos alimentos específicos, sobre la que las personas se refieren como “contaminante”<sup>47</sup>, pues se considera que el consumir estos alimentos induce al desarrollo de diabetes. En una de las conversaciones que tuve con Doña Paula, le pregunté qué cosas habían cambiado con el paso del tiempo, qué cosas en la actualidad eran distintas de cuando era niña. Ella afirmó: “el tiempo está cambiando”, le pregunté en seguida si creía que las cosas estaban

---

continuar en estado de alerta, obtenido de: <https://ecoosfera.com/2014/02/los-efectos-corrosivos-de-la-coca-cola-en-nuestros-cuerpos/>. Accedido el 26 de diciembre de 2018.

<sup>47</sup> Hay narrativas en torno a esta idea de que los alimentos “de estos tiempos” tienen una propiedad contaminante. Esta cuestión se irá comprendiendo una vez que en el capítulo II, revisemos la noción de lo químico, y posteriormente en el capítulo III qué alimentos son considerados de este modo.

“mejor” que antes<sup>48</sup>, ella me respondió: “pues una parte si, una parte no, es por lo mismo que dicen los doctores, que por la fruta que comemos, todas son como de fuerza, los cultivan entonces, le echan polvo para que dé mucho, le dan fuerza, dicen que es el que hace daño” (2016). Esta fuerza de tipo contaminante la comprenderemos mejor cuando veamos su relación con la noción de lo químico.

#### **1.4 La debilidad del cuerpo y la pérdida del gozo**

La falta de fuerza no solo perturba el accionar, pues al debilitarse el cuerpo devienen una serie de efectos en el estado de ánimo<sup>49</sup>, *quita las ganas de hacer las cosas*. Al estar débil el cuerpo, es difícil pensar en hacer actividades que implican la aplicación de fuerza y que sin embargo deben realizarse: atender las necesidades de los miembros de la familia, hacer las faenas, ir por el agua, concluir la jornada laboral, en fin, todas las actividades de la vida cotidiana.

Platica Anita: “Antes [de comenzar a sentirse débil por la diabetes] yo iba a la casa de mi hermana acá abajo, a la casa de Lucia, ya no voy para allá, ya no me dan ganas, me acuesto a dormir mejor. Sí me iba antes con mi comadre. Antes como que tenía ganas, pero ahora ya no tengo ganas, me siento así, con flojera, débil”.

Venancio Sánchez comenta: “estoy bien malo”, pues además de diabetes tiene problemas en su rodilla. Por ambas circunstancias tuvo que dejar el oficio al que se había dedicado los últimos años de su vida. Venancio trabajaba en Querétaro como carpintero en las obras de construcción, cuando le dio diabetes, su labor implicaba el uso de mucha fuerza: “En el trabajo ya me andaba yo muriendo, ya no podía ni caminar, ya no podía trabajar, no tenía fuerza, hay patrones que tienen consideración, otros no”, dice.

---

<sup>48</sup> Con toda la ambigüedad que pueda tener mi pregunta, lo que quería que me compartiera era cómo percibía su condición de vida en el pasado y en tiempos actuales.

<sup>49</sup> El tema de las emociones vinculadas a la diabetes se tratará en un apartado del capítulo II. En este capítulo trato los sentimientos y emociones que surgen de la imposibilidad de hacer las cosas ante la falta o pérdida de la fuerza.



En una ocasión Doña Paula expresaba su deseo de poder realizar tantas actividades como lo hacía anteriormente; saliendo de misa los domingos, vendía bolis y palomitas, entre otras cosas: “Quiero ir a trabajar, pero por esa enfermedad no quiero trabajar, como que me canso mucho”, después dice: “mi vida sí ha cambiado [con la diabetes], antes me iba a lavar, caminábamos hasta el agua, antes sí lavaba mucha ropa, ahora nada más estoy pensando, como loca, yo creo. A veces me da mucho coraje ¿Por qué está así esta enfermedad?” (2016).

Micaela de León, con 92 años y ya habiendo perdido la vista por la diabetes, describe: “Ni puedo yo salir muy lejos, está muy trabajoso cada una de nuestra enfermedad de nosotros. Cuando empezó [la diabetes], mis pies todavía caminaban, iba a mi misita, iba a traer mi mandado para que comieran mis hijas. Ahora nada más estoy mirando mi casa, mis pies no quieren parar, hasta yo quisiera, pero no, no tienen fuerza mis pies, estoy tullida, ta’ tieso, ta’ dormido”.

Clementina relata: “Mi cuerpo está, ¿cómo te diré? No tengo fuerza. No tengo qué vender, ni puercos, ni gallinas, así estoy sufriendo. Cuando tengo ganas de comer, como; cuando no, no. Estoy bien desmayada todo el tiempo, no tengo fuerzas ya ni para caminar. No tengo ni para comprar un cerillo, no tengo nada que vender, ¿Por qué diosito me dejó sin ningún trabajo? Yo ahora escucho que hay trabajo en el jitomate, pero no puedo ir, no tengo fuerza para ver, para caminar, no puedo hacer nada”.

“Antes tejía yo y ya tampoco, ya no me dan ganas, ya no tengo ganas de vivir, a veces como que siento así”, relata Anita (2017).

Las narrativas muestran que el cuerpo con diabetes deja de responder con el mismo vigor, lo cual no quiere decir que las personas dejen de movilizarse diariamente para atender sus necesidades, sino que ya no se hace con el mismo entusiasmo. Aunque hay quienes sí se ven en la necesidad de dejar algunas actividades vitales, sobre todo cuando ya se ha perdido mucha de la fuerza. Las situaciones mencionadas, devienen en una suerte de frustración, desesperación y

una constante remembranza de la vida antes de la diabetes, de lo que ahora ya no puede ser.

### **1.5 El movimiento y el trabajo: formas locales de ejercitación**

El movimiento -en términos de actividad física- o su ausencia, determinarán el empeoramiento o la estabilización de la diabetes, así lo considera esta población. Incluso –aunque no es central en la etiología establecida por los sabinenses– hay personas que vinculan la falta de movimiento a su origen.

Para realizar cualquier tipo de movimiento, ya sea en forma de trabajo o actividad física, se requiere de fuerza; vimos que la pérdida de *tse<sub>di</sub>* es una de las principales consecuencias de la diabetes y una de las más lamentables. La ausencia de fuerza, como ya se mencionó, ocasiona que los que padecen diabetes modifiquen en cierta medida la intensidad de las actividades de la vida cotidiana. Sin embargo, hay personas que encontraron que, precisamente, al poner el cuerpo en movimiento éste puede reactivarse y así hacer frente a la enfermedad.

Juan relató cómo era cuando comenzó con la diabetes, en un periodo en que había tenido que dejar su trabajo por complicaciones con esta enfermedad: “Yo me quedaba aquí encerrado [dice refiriéndose a su casa, ahí era donde estábamos al momento de la entrevista], me puse a trabajar [arreglando su casa, su jardín] para no desesperarme, para no aburrirme, y así ya no le hacía mucho caso a esto [a la diabetes]” (2015).

Es interesante notar el paralelo con el pensamiento teenek, para quienes “pensar es accionar, existiendo así una relación dialógica entre la fuerza como pensamiento y la fuerza como movimiento” (Aguirre, 2015, p. 4). En las narrativas otomíes, pensar es ya hacer, pues implica reconocer, primero, que el cuerpo

necesita movimiento, que el movimiento te dotará de fuerza y que con lo anterior te puedes recuperar.

Varios interlocutores afirman que al tener origen la diabetes en la falta de movimiento o trabajo, su tratamiento se encuentra precisamente en accionar el cuerpo, en ponerlo en movimiento. El movimiento, desde esta perspectiva, es poner a trabajar el cuerpo, es tener la voluntad y así buscar la salud.

En una ocasión Doña Eufemia me dijo con mucha firmeza: “Yo creo que da diabetes porque no trabaja uno” (2016). Y a continuación me narró cómo es su vida en relación con la diabetes y cómo ha salido adelante, de qué manera ha afrontado la enfermedad. Doña Eufemia tiene un huerto que ha trabajado junto con su esposo desde que se casaron. En el huerto hay matas de aguacate, limones, guayabas, también hay un estanque en donde crían pescados, además de una parcela en donde siembran maíz. Es un lugar de mucha abundancia, pues falta mencionar que a un costado hay un manantial profuso que les ha permitido cultivar lo que ahí hay.

Tiempo después me invitó a su huerto, llegamos después de tomar un camión hasta Puerto Blanco<sup>50</sup>, de ahí caminamos una hora más. Ella me platicó varias historias sobre su huerto, como que en tiempos pasados vendía mucho de lo que ahí cultivaban. En una ocasión que le pregunté cómo se sentía con respecto a la diabetes, con una sonrisa constante en su rostro me habló de su remedio inequívoco contra la enfermedad:

Me voy, me siento ahí [en el huerto], como hay mucha mata de aguacate, hasta está oscuro ahí. Llego, me siento ahí en mi cerquita. Hay mucha alegría de pájaros, se pelean, ya cantan, ya como que me cae de más a gusto. Me paro, me voy, me subo a mi pileta, me asomo, me llevo mi bolillo, lo aviento a los peces, brincan, brincan, ya estoy más feliz, con eso me compuse. Aquí [en su casa] como que no, ya me duele el pie, caminar ya no, pienso en salir, se me quita la enfermedad, se quita la enfermedad. Hay mucha sombra para estar uno ahí [en el

---

<sup>50</sup> Es una de las comunidades de la región de Higueras, se localiza a 9 km aproximadamente, de Sabino de San Ambrosio.

huerto] sentado, descansando, hasta como que se va uno, si a uno le duele una parte, como que se queda uno más feliz, yo ya me compuse (2016).

Don Genaro describió una situación similar. Él tiene 72 años, padece diabetes desde hace nueve años, su esposa también tiene diabetes. Ellos tienen un huerto, ahí mismo, en El Sabino. Don Genaro cría algunos animales y se dedica a cuidarlos y a trabajar en su huerto. Me platica que trabajó muchos años fuera, que trabajaba en la ciudad de México. En una ocasión le pregunté qué es lo que hace para mantener estable la diabetes, él me contó:

No hay como alimentarse o más que nada hacer ejercicio, ahorita estoy aquí sentado [estábamos en el patio de su casa, bajo la sombra de un árbol], ahora pienso que voy a hacer un trabajo, y si no lo hago pues como que me da más la enfermedad, digo yo, ahí donde se cala más [la diabetes], como que lo quiere mucho la enfermedad. Pero ahorita, si me voy a hacer un trabajo, es como buscar la salud, porque si estás aquí sentado para tener una voluntad, una fuerza, necesitas caminar, hacer ejercicio y comer. Para agarrar aire, agilidad, tomar el sol, porque todo el tiempo estar en la sombra, no es vida. Pienso yo que así puede ser. Siempre cuando uno pueda tomar ese aire, agarrar energía, agarrarse frescura, aire limpio. Pienso que es así, para tener poquito, digo para ayudarse, como ya tengo esos años [72], yo pienso que esa es la vida para estar, para controlarse. Pienso que es así. Cuando salía ya no me calaba mucho [la diabetes], el otro día me iba a la danza [de San Miguel] y ahora que estoy aquí, hasta se me hinchan los pies.

Como puede notarse, el movimiento y la fuerza tienen íntima relación. Por un lado, el movimiento (en términos de actividad física) te puede restablecer, darte fuerza, y más aún cuando dichas actividades se llevan a cabo en contacto con la naturaleza, pues la fuerza también se puede “agarrar” del aire limpio. La fuerza está en la naturaleza y la contemplación de ésta, como dice Genaro, “puede darte la voluntad que necesitas y tener salud”.

Por otro lado, es sabida la insistencia de los médicos que atienden la zona en que las personas hagan ejercicio para evitar el sobrepeso o mantener controlada la

diabetes. Ellos promueven la ejercitación puesto que, desde el discurso médico, ayuda a la eliminación de las grasas y los azúcares, lo cual es esencial para el control de la diabetes.

Más allá de esta coincidencia, la de los médicos insistiendo en la ejercitación física con el fin de disminuir la cantidad de grasas y azúcares, y en la perspectiva sabinense el movimiento como su paralelo, en el que se reconoce, de acuerdo a su experiencia, ciertas bondades benéficas para el organismo (aunque motivados por distintas razones), encuentro que hay una condición que imposibilita el movimiento como método terapéutico, precisamente por la dificultad de realizar cualquier actividad, debido a la pérdida de la fuerza y con ello la debilidad corporal. Relataba Isabel a este respecto: “Hay veces que me siento sin ganas, dice [el médico] qué porqué uno no hace ejercicio, dice [el médico] que uno se siente más mejor, pero no tengo fuerza” (2017).

He ahí una relación causal entre la pérdida de fuerza, la necesidad de movimiento y la dificultad que hay al intentar seguir esta recomendación terapéutica esencial para el control de la diabetes. Una vez afirmaba Clementina Sánchez un poco molesta: “Ya no aguanto ni caminar, ¿cómo voy a hacer ejercicio?”. En otra ocasión le pregunté a Anita si ella hacía ejercicio, me dijo que no, que además de la debilidad ella no estaba acostumbrada a hacer ejercicio.

## **1.6 Taxonomía: frío/caliente y su capacidad orientadora**

El desequilibrio frío-caliente es un proceso mediante el cual en El Sabino de San Ambrosio suelen describir la mayoría de los síntomas de la diabetes. Aunque lo frío y lo caliente son nociones que abarcan y explican otros aspectos de la vida sabinense.

Tal desequilibrio ha sido abordado por varios autores, Alfredo López Austin (1984) es uno de ellos. Tal concepto ha tenido gran poder explicativo en la cosmovisión

no solo del pueblo nahua estudiado por dicho historiador, sino también entre otros pueblos mesoamericanos, desde tiempos prehispánicos hasta nuestros días. Todo este contenido es parte de lo que López Austin denomina “cosmovisión dualista nativa” (1984, p. 303), la cual ha direccionado las prácticas médicas indígenas.

En relación a dicha noción, López señala como antecedente: “Las investigaciones realizadas a partir de los años treinta en poblaciones mexicanas, tanto indígenas como mestizas, han venido descubriendo la clasificación entre dos extremos opuestos, de los alimentos, enfermedades, medicinas y tipos de personas. La polaridad tiene como base la distinción entre naturaleza fría y naturaleza caliente de los hombres, de los estados patológicos y de los productos” (Ibídem, p.304).

Una de las primeras aclaraciones que López señala acerca de esta clasificación, es que “no es una diferencia entre grados de temperatura, sino de cualidades de las cosas, personas, procesos, que los ubican en un sistema taxonómico” (Ídem).

La diversidad de los criterios taxonómicos es vasta, como veremos a través de los ejemplos y situaciones, la pauta que permite clasificarlos varía de caso en caso. En relación al estado de salud y enfermedad entre los pueblos que retoman esta polaridad, López Austin señala: “estaban estrechamente relacionados con los estados de desequilibrio y de equilibrio. La polaridad equilibrio-desequilibrio afecta distintos ámbitos: los naturales, los sociales y los divinos” (Ibídem, p. 300).

Por lo anterior, las prácticas médicas indígenas se han direccionado tomando en consideración este desequilibrio. Denominar una sensación corporal, persona u objeto como fría o caliente permite clasificarla, de modo tal que pueda identificarse con determinadas características, es decir, dar atribuciones de su naturaleza, lo que permite anticiparse y direccionar el actuar con respecto a ello.

Para el caso de los otomíes, la presencia de tal desequilibrio en el cuerpo, en los medicamentos o en los alimentos, les permite relacionarse de determinada forma dependiendo de sus cualidades, ya sean frías o calientes.

Don Genaro describe algunos otros elementos que tienen relación con esta polaridad y las formas locales a través de las cuales se puede reestablecer este equilibrio:

El espanto de la víbora entra en todo el cuerpo y ¿qué sucede? se va secando [la persona que se asusta], se ponen amarillos, porque el espanto de la víbora es frío, igual que el agua. Cuando un espanto de la víbora o del agua, no hay como poner, juntar una ramita, a medio día, enciende la lumbre, ya que encienda una llamaradita y cruza, hechas pasos en cruz y ¡sí!... Fíjate que una vez, hace como dos años estaba yo haciendo un pozo, acá en donde está mi huerto, y que se cae una canija víbora, pero ¡cómo! Eran las cuatro y diez, y brincó [la víbora] una acequia. ¿Qué te pasó? [le preguntaba su familia] Me asustó una canija víbora -me dice hay tengo una copita de vino y lo tomé, lo sentí así, que era aguardiente que picaba, porque el susto es peligroso, entonces le di un paguesito [bebió de la bebida] y al otro día que hago esa costumbre, la medicina que me dijeron, junté un montoncito así de leña, le hecho el fuego, pero al medio día, no importa el día que sea, pero en cruz. Según la lumbre entra al cuerpo y saca lo frío, porque la víbora es frío su susto y el agua. Entonces esto hay que hacer tres días y con eso bendito sea Dios. Se siente en todo el cuerpo esa llamarada, ese caliente porque el susto es frío.

Las narrativas referentes a la diabetes señalan que el tomar alguna bebida fría después de un coraje, susto, tristeza o cualquiera de las emociones que son antecedente de la diabetes, es condición necesaria (además de las bebidas azucaradas o dulces) para que ésta se desarrolle. Sobre esto, Esperanza comenta: “Dicen [las demás personas] que no está bien que cuando lleve un susto o un coraje, no está bien que uno tome una cosa dulce o fría. La fría es la que hace daño, por eso se hace agua su sangre” (2017).

En una plática con Anita le pregunté si hay otras bebidas, además de las dulces, que en conjunción con las emociones fuertes sean causantes de diabetes. Ella me dice: “nada más las que son dulces, cerveza sí puede tomar o agua, pero no fría” (2017).

López Austin encontró que en distintas culturas mesoamericanas los cambios orgánicos provocan la pérdida de equilibrio. “En las fuentes históricas este problema aparece ya como una debilidad específica que hacía muy vulnerables a los desequilibrios, ya como una irradiación que de ellos partía en forma nociva, y que afectaba a sus semejantes, a los animales, a las plantas y a las cosas” (Ibídem, p. 289).

En nuestro caso, un ejemplo de esto es que en un cuerpo con diabetes el desequilibrio se presenta en distintos momentos, tal es el caso del ascenso o descenso de la presión arterial. Las personas suelen describir lo que sienten, casi siempre en términos de este desequilibrio, cuando se “sube la presión” se nubla la vista, se pierde la fuerza, se suda (se siente calor) y se siente frío a la vez.

López (1984) señala que el desequilibrio se expresa específicamente en términos de exceso de naturaleza caliente o fría. Así, podemos encontrar descripciones de fenómenos, de personas o cosas que, al ser en exceso fríos o calientes, provocan reacciones nocivas o perjudiciales en el organismo.

Doña Paula, quien fue dializada<sup>51</sup>, me describe cómo se siente ante esa situación. De acuerdo con ella, la sustancia que se le aplica para hacerle diálisis contribuye a restablecer el equilibrio en el cuerpo al reducir el síntoma de exceso de calor en el estómago que experimenta: “Siento como un calor bien fuerte en mi panza [cuando no le hacen diálisis]” (2017).

Los medicamentos son otro de los elementos que se describen a través de este desequilibrio. Los medicamentos recetados para tratar la diabetes suelen colocarse en la categoría de lo que es caliente. Lo caliente, en este caso, es nocivo, hace mal al cuerpo y causa otras enfermedades. En este mismo sentido Gloria Reséndiz me comentó: “Ya casi no le doy las pastillas a mi mamá que me da el doctor, es que las pastillas están bien calientes y también causan gastritis” (2016).

---

<sup>51</sup> La diálisis es aplicada a pacientes con insuficiencia renal crónica. Es una técnica que cumple la función de filtrado de los riñones para desechar así las sustancias tóxicas del cuerpo y evitar que se acumulen dentro del él, disponible en: <http://fmdiabetes.org/dialisis-que-es/>. Accedido el 30 de enero del 2019.



Lo anterior podría explicar por qué hay personas que abandonan el tratamiento médico, pues han expresado que los medicamentos alópatas son de naturaleza caliente y causan daño al organismo. Aunque muchas de las personas diabéticas tienen también gastritis, no puedo afirmar si esto se debe a la ingesta de medicamentos en exceso calientes.

La esposa de Gabriel Sánchez lleva varios años enferma de artritis, aunque no es nuestro caso de estudio, ejemplifica cómo estas nociones frío-caliente son constantemente retomadas para expresar lo que se experimenta corporalmente, en esta situación como efecto de los medicamentos: “Tomo mucho medicamento, a veces me da como frío, a veces le da mucho caliente”.

## **1.7 Comentarios finales**

La intención de este capítulo fue la de ahondar en los elementos corporales que posibilitan la comprensión de la diabetes y sus manifestaciones. Debido a su centralidad, revisamos lo que es la sangre, pues desde esta perspectiva nativa, la diabetes está contenida en ella. Retomamos al azúcar como “la diabetes en sí misma”; como la sustancia externa al cuerpo que, debido a su acumulación excesiva en la sangre, provoca la pérdida de la fuerza corporal, de ahí que los efectos de la pérdida de fuerza no sean solo a nivel corporal sino en el estado de ánimo.

Abordamos la referencia local de la ejercitación física, el movimiento como su paralelo terapéutico. Recurrimos a la noción del desequilibrio frío-caliente a través del cual se clasifican las emociones, las personas, las medicinas, los síntomas corporales, etc., y de la que se evidenció su carácter orientador.

## Capítulo 2. La diabetes y sus causalidades

Este capítulo trata sobre las causas de la diabetes desde la perspectiva sabinense: ¿De dónde vino la diabetes? ¿Por qué llegó la diabetes a El Sabino? ¿Cómo *entra* la diabetes al cuerpo? Algunas de estas preguntas que planteo las he retomado de las dudas de los propios interlocutores, pues hay cuestiones en torno a esta enfermedad que aún les provocan inquietud.

Lo que se desarrolla enseguida es el resultado de la exploración a la “etiología colectiva de la diabetes” (Kolb, 2016) establecida en El Sabino de San Ambrosio, reconociendo, inicialmente, que ésta es un conjunto organizado de ideas aportadas por las personas que integran la comunidad, expresadas en términos de experiencias personales, saberes transmitidos, intuiciones etc., es decir, una etiología creada y desarrollada de manera conjunta.

Cabe señalar que en el proceso de construcción de estos saberes locales, al estar en constante contacto y relación con conocimientos provenientes de agentes externos a la comunidad, ambos se interrelacionan. De este modo, “la diabetes no existe de manera independiente de las relaciones con los médicos alópatas; está constituida como una co-invencción a partir de los equívocos que emergen entre las prácticas de los médicos y las de los habitantes” (Kolb, 2016, p.2).

Es necesario considerar lo anterior, pues permite entender de qué modo se origina lo que enseguida se expondrá; cómo se van creando determinados conocimientos, cómo se van concatenando las ideas, las experiencias y los hechos, que son asumidos finalmente como las verdades en torno a esta enfermedad.

El contenido de tal etiología sabinense se diferencia de la etiología establecida por la medicina moderna<sup>52</sup>. Por tanto, al interior de la comunidad convergen dos

---

<sup>52</sup> La etiología de la diabetes, por lo común, aunque no siempre, es consecuencia de la destrucción de las células beta del páncreas por un fenómeno autoinmunitario que se acompaña de la presencia de ciertos anticuerpos en la sangre. Es un trastorno complejo causado por mutaciones de varios genes y también por

modos a través de los cuales se explica el origen de la diabetes: la primera proviene del corpus de conocimientos otomíes, y como se ha dicho con anterioridad, principalmente del conocimiento empírico, un conocimiento de lo concreto que procede de la “exploración reflexiva del mundo sensible” (Lévi-Strauss, 1984, p. 35).

No tratamos aquí de oponer estos dos modos diferenciados de saber la diabetes, pues será “mejor colocarlas paralelamente, como dos modos de conocimiento, desiguales en cuanto a los resultados teóricos y prácticos, pero no a la clase de operaciones mentales que ambas suponen” (Ibídem, p. 30), “en ambos casos el universo es objeto de pensamiento”, el de la ciencia y del pensamiento local; “uno de ellos más cercana a la intuición sensible” (Ibídem, p. 33) como modo de obtención de conocimiento.

Tal como lo ilustran las narrativas, las certezas acerca del origen de la diabetes, están conformadas por una suerte de *bricolage*, pues la etiología en su conjunto, contempla “un repertorio [de ideas que la constituyen] cuya composición es heteróclita” (Ibídem., p. 36), es decir, sus elementos son “el resultado contingente de todas las ocasiones que se le han ofrecido de renovar o de enriquecer sus existencias, o de conservarlas con los residuos de construcciones y de destrucciones anteriores” (Ibídem., p. 37).

Tenemos que los elementos que constituyen tal etiología, integran fragmentos de la explicación local de otras enfermedades, de otros fenómenos; las nociones se renuevan, se conservan, dan explicación a nuevos fenómenos, a la diabetes como nueva enfermedad, de ser necesario, tal etiología retoma elementos propios de las causalidades de la biomedicina, se imbrican, llenando los unos y los otros los espacios vacíos, hasta formar una explicación congruente y de sentido sobre su origen.

---

factores ambientales: [http://www.who.int/diabetes/action\\_online/basics/es/index1.html](http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html). Accedido el 10 de diciembre de 2018.

En las narrativas se pueden percibir cómo ambos conocimientos suelen integrarse, complementarse o, por el contrario, como ha sucedido, *uno* desarticular al *otro* modo de explicación<sup>53</sup>.

## 2.1 Clasificación local de la diabetes

En El Sabino se han identificado dos tipos de diabetes. Estos dos tipos no coinciden ni abarcan la clasificación que se ha establecido desde la medicina en diabetes tipo 1, 2 y gestacional<sup>54</sup>.

Cuando los interlocutores hablan sobre el tipo de diabetes que tienen, no hacen referencia a la diabetes tipo uno (insulinodependiente), tipo 2 (de inicio en la edad adulta) o diabetes gestacional. Las personas han encontrado que existen dos tipos de diabetes, y esta clasificación responde a un criterio relacionado con el modo en el que viven la enfermedad, es decir, con su experiencia concreta.

Este criterio está definido por la “fatalidad” con la que la diabetes avanza y afecta al cuerpo. El primer tipo es denominado como la diabetes “fuerte” o la “mera

---

<sup>53</sup> Sobre todo lo menciono retomando el caso de los médicos que desmienten las explicaciones consideradas el origen de la diabetes por esta población. Dice en una ocasión Doña Paula: “Más antes como que la gente no sabía qué es lo que pasaba, porque los doctores casi no hacían esos exámenes que hacen ahora, y ahora sí, nadie les gana a los doctores qué enfermedad tienes, nadie le dice tengo esta enfermedad (2017). “Ese se murió (su papá), quién sabe, más antes se moría la gente de lo que se decía que es espanto, pero ahorita no lo conocen, los doctores no lo creen, ¿Quién sabe?” (Gabriel Sánchez, 2016).

<sup>54</sup>La diabetes de tipo 1 (también llamada insulinodependiente, juvenil o de inicio en la infancia) se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1 y no se puede prevenir con el conocimiento actual. Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. La diabetes de tipo 2 (también llamada no insulinodependiente o de inicio en la edad adulta), de la que ya revisamos sus características. La diabetes gestacional se caracteriza por hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Además, tanto las madres como sus hijos corren mayor riesgo de padecer diabetes de tipo 2 en el futuro. Suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>. Accedido el 19 de octubre del 2018.

peligrosa”, ésta te pone grave de un momento a otro, presenta los mismos síntomas que el segundo tipo: se te seca la boca, te da mucha sed, te quita el hambre y te adelgaza. Por otro lado, está la diabetes “lenta”, que va presentando sus síntomas de manera gradual, con esa “como que no sientes nada”, hasta después de muchos años se ponen graves las personas, la anterior “te acaba en un rato”.

Anita Sánchez (2016) explica, cuando describe y compara la diabetes que tiene ella y la que tuvo su cuñada, quien murió de esta enfermedad: “Hay dos tipos de diabetes porque unos como que se ponen bien graves y otros no. Hay gente que dura y mi cuñada duró ocho meses, hay mucha gente que tiene diabetes y como que no tiene nada”.

Venancio Sánchez de León cuenta relata acerca de cuando estaba trabajando en la ciudad de Querétaro y descubrió que tenía diabetes, “...ya andaba con esa sed tan fuerte que da, ya estaba poniéndome delgado, la boca ya la traía amargosa y estaba perdiendo la fuerza... A mí me dio la diabetes, la buena, la mera peligrosa...” (2016).

Lo que es necesario considerar de estos dos modos de clasificar o caracterizar las formas en las que se presenta la diabetes, es que no hay una relación entre la clasificación médica y las expresiones locales desde las cuales se aborda. Es en la segunda clasificación en donde las personas encuentran sentido, al ser resultado del modo en el que la enfermedad ha acontecido en sus vidas.

## **2.2 La diabetes y sus causalidades múltiples**

En la comunidad, la diabetes es considerada como una enfermedad de *estos tiempos*, pues comenzó a presentarse en cifras tan elevadas hasta la última década, lo cual implica que no haya muchas experiencias previas desde las cuales abordar su comportamiento y sus características.

En la primera ocasión que conversé con Cirila de León, lanzó una pregunta que ha sido recurrente entre el resto de los interlocutores: “Yo digo ¿esa enfermedad [la diabetes] de dónde vino? Antes duraba la gente, ahora ya no dura. Ahora se mueren con esa enfermedad, más antes no había eso. ¿Quién sabe cuándo se apareció eso? ¡Ahora si está famosa esa enfermedad!” (2015).

Entre los otomíes de El Sabino, la diabetes tiene múltiples y diversos orígenes. Hay un *principio* que organiza cada una de estas causalidades: por un lado está el principio vinculado a los sentimientos o emociones “fuertes”, entre éstas el susto o el espanto como el más relevante, después están el coraje, cualquier forma de sufrimiento o preocupaciones en general. Un origen más se explica en el fundamento de que la diabetes es parte del destino de quienes la padecen, un destino “proyectado” por Dios. Cada caso tiene sus propios acontecimientos, por tal motivo, podría decirse que cada persona reconstruye su propia etiología retomando los conocimientos colectivos y/o las nociones que les ofrecen los médicos que los atienden.

Los interlocutores reconocen que se dicen muchas cosas en torno al origen de la diabetes, sin embargo, cuando narran en primera persona su experiencia, hay certeza de lo que concretamente les detonó la enfermedad. Ante las otras explicaciones, es decir, las ofrecidas por los médicos, los interlocutores asumen que desconocen de su veracidad, no los desmienten, no los niegan, las contemplan como posibilidades.

En una ocasión María Isabel Santiago, comentó que: “Ya entró a mi cuerpo [la diabetes], ya me estoy controlando con eso que tomo [los medicamentos], ya la tengo en el cuerpo, ya”. Enseguida le pregunté: ¿Qué es lo que sabe acerca de porqué la población se está enfermando de esta enfermedad? Ella respondió: “solo diosito sabe, nosotros aquí en el rancho no estamos acostumbrados al fresco, con agüita que tomamos. Ya cuando la enfermedad viene, ya ni se sabe cómo se siente cuando entra en el cuerpo” (2016).

Anita cuenta que está preocupada por sus hijas, pues no quiere que les dé diabetes como a ella: “Yo le digo a Rosi (su hija) que haga ejercicio, como que ya está bien gorda, dice el doctor que por eso da diabetes, ¿quién sabe si será cierto?” (2016). Las personas indagan en las explicaciones de los médicos, aunque a la fecha no hay una confianza plena en sus diagnósticos, como dije líneas arriba, retoman elementos propios de tales explicaciones, aquellas que se articulen con su mundo de sentido.

En este sentido, cabe precisar que debido a la insistencia de los médicos acerca de que el origen de la diabetes se encuentra en la obesidad y, por tanto, en las formas de alimentación, los interlocutores no descartan la posibilidad de que la incorporación y el consumo de algunos alimentos (particularmente aquellos a los que se les atribuyen propiedades contaminantes) haya provocado que la gente comenzara a enfermarse de diabetes. Cuenta Delfina: “Cuando era niña comía frijoles con nopales, salsa y café, pero no había refresco, no había dulce, antes no, por eso no sé de dónde salió esa enfermedad” (2016).

Don Venancio sabe que fue la coca-cola la que le enfermó de diabetes, me dice un día con certeza: “Sí, por la coca, tomaba mucha coca, esa no quita la sed porque es dulce” (2016).

De la misma manera, en una ocasión me dice contundentemente el señor Gabriel Sánchez, quien no tiene diabetes, pero se ha enterado de los casos que se han ido presentando en la comunidad: “Esa [la diabetes] salió ahorita, hace poco, porque antes no había, esa enfermedad no había, es por los alimentos, porque ya no sirven” (2016). El tema de los alimentos se tratará con mayor cuidado en el siguiente capítulo, pues más que explicar su origen explica otras cuestiones.

Como vemos, las personas suelen integrar una o varias explicaciones en su exposición sobre cómo comenzó a manifestarse su enfermedad, así cada caso tiene su propia concatenación de circunstancias, aunque los hechos siguen una secuencia muy similar. En cada una de las causalidades convergen de modo contingente los aspectos mencionados.

### 2.3 Sobre las emociones que llenan el cuerpo de enfermedad

Es indispensable tomar en consideración a las emociones en este punto que trata la etiología, pues cuando se indaga en cómo surge la diabetes, los interlocutores suelen remontarse a ciertos sucesos de su vida en los que estuvieron presentes emociones específicas, situaciones que se caracterizan por la presencia de emociones de carácter “perjudicial”:

“Antes era borracho mi esposo, me pegaba, yo creo hacía yo coraje y tomaba cosas dulces, y es lo que me dice la gente. Cuando uno hace coraje o un espanto, y si toma uno cosas dulces, le hace daño, yo no sé, ya me dieron pastillas” (Anónimo, 2016).

Las emociones tienen un papel fundamental en la manera en la que en El Sabino se percibe, se vive y se habla de la diabetes. En una ocasión le pregunté a Don Genaro acerca de cuál era el origen de la diabetes, él comenzó a describir: “La diabetes [aparece por tres formas]: un susto, un coraje, un gusto. Yo me enfermé por un susto” (2016).

Las narrativas dejan ver que hay una serie de experiencias emocionales que suelen ser expresadas en términos de *preocupaciones*. Constantemente se hace referencia a estas preocupaciones, atribuyéndoseles el origen de la diabetes.

Micaela de León platica cómo ha sido su relación con la enfermedad, primero relata cuáles fueron las emociones que, en su caso, la enfermaron de diabetes: “fue un susto y coraje, y pensar y coraje, y pensar y susto”. Luego cuenta una situación familiar, aquella que concretamente provocó que le *entrara* la diabetes: “Cuando empezó mi problema, empezó por espanto, coraje, porque dejaron a mi hija, un individuo me puso coraje. Cuando se fue ese burro [el hombre que



abandonó a su hija] sí me enojé, porque no quiso presentar para echar justicia<sup>55</sup>, como que se llenó de enfermedad mi cuerpo. Tres meses me dio pensar” (2016).

Doña Paula habla sobre algunas consideraciones en relación con estas preocupaciones: “No busqué una persona que me echara algo para componerme [de la diabetes], me preocupaba mucho, yo creo que por eso avanzó mucho la enfermedad, pero sí, una de tonta que no sabe”<sup>56</sup> (2016).

En este mismo sentido Teresa me cuenta cómo en las emociones se encontraba el origen de los padecimientos de sus familiares: “era sorpresa, era de susto de coraje, de pensar en sus hijos, en algo y les daba enfermedad” (2016). Me explica cómo fue que su mamá se enfermó también a causa de las preocupaciones: “Y se puso mal mi mamá, ya ves, con pensar... tenemos un muchacho, está borracho y toma, la familia está abandonada. Por eso se enojó mi mamá, empieza su dolor de su cuerpo de tanto pensar” (2016).

Las preocupaciones suelen ser descritas como una especie de *exceso de pensamiento* en situaciones que afligen: la rememoración de anécdotas e historias cargadas de emociones; tristeza, coraje, enojo, penas, sobre todo emociones de carácter negativo, “perjudiciales”, que hacen mal al organismo, lo *llenan de enfermedad*.

De modo similar expresa Doña Paula al preguntarle por qué le dio diabetes. Primero me describe lo que el médico le dijo sobre las causas, enseguida aclara “dice eso el doctor ¿quién sabe?”, después me cuenta con certeza lo que a ella le sucedió: “Fue como un susto, como un coraje, como que pensé, como que me preocupé, sí me recuerdo, como mi señor tomaba mucho, una vez se fue... dije yo, qué voy a hacer con estos niños, con estos gastos, con ese hombre...yo creo que de esos dos sustos, como penas, me enfermé, yo creo que todas esas penas,

---

<sup>55</sup> Comenta Micaela de León de cuándo acudieron a la presidencia municipal para levantar una denuncia en contra del joven que había abandonado a su hija, quien se negó a presentarse.

<sup>56</sup> Lo dice haciendo referencia a que no buscó tratamiento con los médicos tradicionales de la región, pues era con ellos con los que habitualmente se trataban las enfermedades. También considero que lo dice haciendo alusión a lo que los médicos les dicen acerca del tratamiento oportuno y la prevención de la diabetes.

todo eso que me hace pensar, me enfermé, ya de eso como que me empecé a enfermar, estaba yo bien sana [...] Yo creo que también por eso me enfermé, soy bien corajuda, yo soy bien pensativa” (2016).

En una ocasión le pregunté a Anita cómo era su relación con los médicos que la atienden, le pregunté qué ocurre cuando busca resolver alguna duda con el médico, a lo que respondió: “El doctor, si está alta tu diabetes te regaña, ese ni te dice nada, te regaña nada más. Tú cuando te vas a checar, te da miedo, porque tú cuando te vas a checar, tú piensas nada más ahorita te va a regañar, y te sientes más preocupado, si no está alta [la presión arterial] te va a subir nada más por la preocupación. No te dice nada, nada más te regaña, ¡te vas a morir! [le dice el médico]” (2017).

A estas emociones se les atribuye también la desestabilización del organismo con diabetes, específicamente causa el ascenso de la presión arterial: “Me da miedo, yo creo que también por eso se sube mi azúcar, es borracho mi hijo” (Anónimo, 2016).

Relata Anita algunos detalles de su historia de vida y cómo ésta se vincula con su padecimiento actual: “Como que me preocupaba mucho, me paré como a la una de la mañana y ya nada más tenía mucha sed y ganas de orinar”, esa es la narrativa del momento en que concretamente se enfermó. Después indaga en su pasado y su relación con la diabetes: “por el espanto [se enfermó], desde que se murieron mis hijos [hace aproximadamente 25 años], como que ni me acuerdo, ya desde ese día como que se me olvidan las cosas”. Anita recuerda que su cuñada murió de diabetes: “Yo creo que se murió también porque se preocupaba mucho” (2016).

Las personas en El Sabino identifican que el desarrollo de la diabetes contempla una serie de acontecimientos emocionales en sus vidas, el antecedente de la diabetes se encuentra en la “acumulación de preocupaciones”. Las narrativas permiten comprender que hay determinadas emociones que, en combinación con otros elementos, producen de manera inminente diabetes: “Este hijo se peleó con

sus hermanos. Me puse a pensar qué clase de hijo [...] y me dieron una cerveza fría, me pegó esa enfermedad nada más por el coraje que hice, fue así que me pegó la enfermedad, así, del coraje que hice” Anónimo (2016). Es decir, las preocupaciones o emociones fuertes producen enfermedades, sin embargo, veremos que el susto y el coraje son las dos emociones particulares por las que ellos explican el desarrollo de la diabetes.

#### **2.4 El susto (*mbidi*): origen concreto de la diabetes**

En El Sabino se dice que la diabetes “viene”, “entra” o se “concentra” en el cuerpo, “por eso nace esta enfermedad”, menciona Micaela de León (2017). “La diabetes te *entra* de algún espanto, de algún coraje, sí, de alguna cosa como sufrir y después tomar alguna cosa”, aseguró el señor Gabriel Sánchez (2016). Teresa Hernández dice que la diabetes “es un susto, es un coraje, es pensar. Por más que uno se cuida, ni se siente a qué hora *entra* la enfermedad, es como la muerte, no sabe uno” (2016).

En el apartado anterior, se planteó que las emociones son un aspecto que explica parte de la etiología de la diabetes y su desarrollo, las emociones le dan contexto a las enfermedades y/o son consideradas, en la mayoría de los casos, una circunstancia previa.

Por otro lado, cuando los interlocutores indagan en cómo fue que enfermaron de diabetes, suelen describir un suceso que deja ver cómo fue que concretamente *entró* al cuerpo: “No sé, todos dicen que por un espanto, luego vienen a tomar cosas dulces, tomar refresco, por eso se endulza su sangre, cuando le asusta. Aquí nos asustamos con muchas cosas, ya vemos víboras que salen o la gente que se pelea” (Eufemia, 2017)

El susto o espanto es uno de los principios organizadores de los que se habló líneas arriba, éste es imprescindible en el momento en que la diabetes *entra*. En otomí el susto o espanto se conoce como *mbidi*. La gente habla con certeza de que el *mbidi* es causante de diabetes.

Podríamos comenzar aclarando que el susto es más que una emoción, el susto es una enfermedad en sí misma. Las personas de la comunidad se refieren al susto como una de las principales causas de muerte en tiempos pasados, así me lo hizo saber Micaela de León una vez que le pregunté si la gente moría anteriormente de diabetes: “No, yo creo que no, nada más de tísico, de espanto, no la conocían [la diabetes]” (2016). En este mismo sentido, en una ocasión doña Paula mencionó: “La esposa de mi hermano se murió de parto, yo creo se espantó y ya con eso se fue” (2016).

El susto ha sido una de las principales enfermedades tratadas por las personas de la región que saben curar. Hoy en día los interlocutores aseguran que ya no se curan de susto<sup>57</sup>. “Dice que fue susto [que un familiar se enfermó], pero no se curó de susto”, cuenta doña Paula sobre un familiar.

Tal como se mencionó en el capítulo anterior en torno a la idea de que el azúcar es la diabetes, encontramos narrativas en las que se expresa que, a su vez, la diabetes es el susto. La diabetes no existe como algo distinto de lo que lo produce, no es algo abstracto, sino que se relaciona con lo que concretamente lo provocó, no existe la diabetes en sí misma, la diabetes es el azúcar o es el susto. Su modo de hacerse presente en el cuerpo y “afectarlo” es a través del susto o de la azúcar: “La diabetes es el susto, es el espanto [...] es pensar”, afirma Teresa Hernández (2016).

Relata Don Genaro mientras reconstruye algunas de sus conclusiones acerca de esta enfermedad: “como a las dos [de la mañana, momento en que comenzaron a presentarse los síntomas] empezó a secárseme mi labio, a los dos días se me

---

<sup>57</sup> La gente de El Sabino afirma que los curanderos de la región ya murieron y que, por lo tanto, ya no hay quien cure de espanto, que hay algunos curanderos en Tolimán o en otras comunidades, pero que las personas ya solo se curan con el médico.

quitó la comida, el sueño, así empezó la diabetes. Me imagino yo que esa enfermedad es contaminante, por ejemplo, ves una víbora, es un espanto, cuando ves un animal, tan solo ves a un amigo que está gritando, pues eso se concentra en la salud, se concentra en el cuerpo, porque es un susto, de ahí proviene la diabetes” (2016).

El espanto se puede caracterizar o definir como algún suceso que te “sorprende”, que te deja preocupado, que permanece en el pensamiento. De esta manera la diabetes es el susto que *entra* al cuerpo, haciendo mal al organismo, pues, tal como se mencionó, tiene propiedades contaminantes. Lo contaminante, mencionaba con anterioridad, es aquella propiedad que afecta al organismo, que causa enfermedad, ésta propiedad puede encontrarse en algunos alimentos, incluso veíamos que hay alguna fuerza que es considerada contaminante.

Posteriormente se comienzan a presentar sus síntomas, la inapetencia es uno de principales y más nocivos: “ya ve que el espanto no quiere [uno] comer, luego, luego no tenía hambre. Murió porque ya no comía” (Gabriel Sánchez,2016).

Esta causalidad contempla principalmente al *mbidi*, pero no basta para explicarla, pues están presentes otros elementos que, en su conjunto, producen diabetes; ingerir alguna bebida dulce enseguida del susto, incluso las narrativas aclaran, que si las bebidas son dulces además de frías, con seguridad se desarrollará dicha enfermedad.

Páginas atrás se ilustró cómo a través de la noción de desequilibrio frío-caliente se explican aspectos importantes de la enfermedad; una bebida dulce, y además de naturaleza fría, termina por afectar al cuerpo. Pues tal como se dijo, no es el susto por sí solo, ni las bebidas dulces o frías, sino una concatenación de estas circunstancias.

Cuenta Anita, reafirmando esta cuestión: “Dicen [las personas de la comunidad] que no está bien que cuando lleve uno un susto o un coraje, no está bien que uno tome una cosa dulce o fría” (2016).

El refresco<sup>58</sup> es considerado como una de las bebidas más “peligrosas”, pues es dulce. Afirma Don Genaro cuando le pregunto la función de esta bebida en el desarrollo de la diabetes: “¿El refresco? ¡Noooo! es peligroso tomar el refresco, y agua tampoco [se debe tomar] cuando un susto o algo así. Cuando un susto hay como comer un bolillo o una tostada para el susto, pero no tomar agua o refresco porque, por eso agarra uno [la diabetes]” (2017).

El caso de Don Genaro es ilustrativo, alguna vez describió cómo fue el momento en el que se combinaron todas estas circunstancias, de modo que terminó por *entrarle* la diabetes. Él es rezandero y desde hace muchos años participa en las velaciones a San Miguelito. Cuenta que en una ocasión se ocupó de lanzar los cohetes al aire y por accidente se comenzó a quemar parte de la morada en la que estaba el altar a San Miguel, entonces explica:

Pasó ahí [la entrada de la diabetes a su cuerpo], instantáneamente. Hacía falta un cuetito, eran las 11 de la mañana, quién sabe cómo estuvo que en un instante se prendió y empezó una llamarada ahí en donde estaba Miguelito [...] pasó eso [el susto] y me dijeron: ‘tómese un refresquito, no coca’. Un refresco “victoria” me tocó. Entonces de eso, ahí estuvo de que en la noche, yo creo ya después como que pensé eso, dije ¿cómo estuvo eso? Me dijeron los mayordomos, ‘usted no se preocupe, ya se quemó, ya qué’. Pero sí, como que me quedé pensando, ahora sí que en mi pensamiento. Al otro día se me quitó el sueño, y aparte al otro día se me quitó la comida [el hambre], y de ahí otro día no podía ni sentarme. Como que me quedé desmayado, entonces a los cuatro días ya fue cuando me decían los encargados [de la cuadrilla de danza], Cortés y Monarca - ¿qué tiene? – no, nada, pero yo me sentía desmayado, desmayado (2017).

Anita describe cómo fue su experiencia con el susto: “como que a uno le da la sorpresa, como que sí se espanta uno, uno se vuelve loco, uno de tanto pensar,

---

<sup>58</sup> Normalmente las bebidas gaseosas contienen agua, azúcar, edulcorantes artificiales, ácidos (fosfórico, cítrico, málico, tartárico), cafeína, colorantes, saborizantes, dióxido de carbono, conservantes y sodio. <https://www.zonadiet.com/bebidas/bebidasgaseosas.htm>. Accedido el 30 de enero del 2019.

con la plática [terapia psicológica]<sup>59</sup> ya no piensa uno mucho, ya no lloro, antes sí”.

La diabetes puede también ser resultado de una acumulación de emociones: “Llevé un susto primero, una víbora de cascabel me iba a picar, y la segunda vez se pelearon unas gentes con un machete, de ahí me resultó esa enfermedad, tres sustos me tumbaron”, me dice la Señora Eufemia (2016), cuando me describe las causas de su enfermedad.

Esperanza Sánchez, quien padece diabetes desde hace 12 años, sugiere que pudo haberse enfermado por efecto de su relación con varias emociones: “No sé si es por eso, pero hice mucho coraje también, ese fue mucho antes, nada más que no le da a uno pronto, a lo mejor como que ya se juntó con espanto, así con corajes y ya se juntó y ahora ya después salió eso [diabetes]”. Después detalla cuál es el efecto de estas emociones, ahora que padece diabetes: “cuando hago coraje o me asusta algo sí se me sube [la presión arterial], cuando tomo medicamento se me baja” (2017).

Al atribuirles a estos elementos el origen de la diabetes, suelen ser contemplados en las prácticas de prevención y cuidado: las personas prestan atención al tipo de bebida que se consume posterior a un susto (que no sea dulce, que no esté fría). Relata la señora Reyna: “¡sí hay que cuidarse mucho! Tiene poco que me espantaron unos perros, salieron los perros y uno me tumbó, me dolía mucho la cabeza, venía buscando ajeno<sup>60</sup>”. Ella comenta que el ajeno es utilizado por otros integrantes de su familia para prevenir el susto: “un susto y mi tía luego se hace su té de ajeno, no toma refresco, no toma agua”. Por otro lado, a fin de evitar la enfermedad, las personas tratan de evitar situaciones que los pongan en peligro, que puedan provocarles un espanto.

---

<sup>59</sup> Anita llevó este susto del que habla, cuando en una ocasión dos de sus hijos fueron víctimas de un accidente en su casa, hace aproximadamente veinte años. La terapia psicológica, la recibía por parte el DIF municipal.

<sup>60</sup> El ajeno es una de las principales plantas medicinales consumidas para curar el *espanto*.

## 2.5 Diabetes por designio, diabetes por destino

La mayoría de la población sabinense profesa el catolicismo. La creencia en la existencia de Dios y su voluntad sobre los seres humanos, tiene un papel fundamental en la concepción de la vida y en la manera en cómo se interpreta la condición de los seres humanos frente a la salud, la enfermedad y la muerte: “Dios que todo nos dio aquí en el mundo, Dios nos dio la vida, nos dio todo, ¿una persona cuando lo va a hacer? (Doña Paula, 2016).

Tal como se mencionó, otra de las vías a través de las cuales se explica el origen de la diabetes es por medio de la noción del destino, trazado para cada una de las personas en el mundo. El motivo por el que se retoma la creencia en el Dios de la religión católica, es precisamente porque este destino está señalado y trazado por ese Dios.

En una ocasión doña Paula reflexionaba sobre su experiencia con la diabetes:

Esta manguera [diálisis] que tengo va a seguir hasta que Dios me recoja, luego digo ¡hay Dios ¿voy a aguantar?! Me siento bien débil, bien preocupada, porque de dónde van a agarrar [recursos económicos para cubrir los gastos que implica el tratamiento]... mis hijos. Dejé todo, ni ver una oración puedo, ni ver nada, yo creo que Dios quiere que descanse ya, yo creo, dice. Solamente él [Dios], uno nada más está aquí en el mundo, ni se sabe uno cómo es el destino, qué va a pasar, el chiste es que coma uno. En ratos como que me desespero, pero en ratos digo, yo creo que ese ya es mi destino, ya lo que diga diosito, ya es mi enfermedad que me tocó, en ratos pienso muchas cosas, he visto muchas cosas (2017).

Anita concuerda con la concepción de que es el designio de Dios el que determina la manera en la que acontece la vida: “Yo luego me pongo mala y digo -yo si me voy a obedecer al doctor porque todavía tengo mis hijos, si no ya me hubiera muerto. Luego uno piensa muchas cosas, como que ya no le dan ganas de vivir a uno ¿A dónde va a ir uno cuando ¿Dios no lo busca, porque cuando él quiere se lo lleva a uno?” (2016).



Don Venancio considera que esta enfermedad pudo ser resultado de algo más *profundo*: “Yo por la coca [se enfermó de diabetes], a lo mejor diosito ya tiene asignado lo que vamos a sufrir, a mí me agarró [la diabetes] bien temprano<sup>61</sup>” (2016).

Considero que la idea del destino es el fundamento de la etiología de la diabetes, pues el padecerla es resultado, primero, del destino de cada persona y las eventualidades contingentes que en cada caso le dieron origen, derivan de esta causa original. La transcendencia del destino es mayor, pues en él se encuentra la explicación al resto de los acontecimientos en la vida de las personas.

La certeza en la existencia de un destino trazado por Dios permea en el resto de las ideas y prácticas en torno a la diabetes. Se tiene la idea de que las prácticas de cuidado, el efecto de los medicamentos y las plantas medicinales, etc., tendrán un resultado benéfico solo si se encuentra en el trazo del destino, el cual se diferencia de una persona a otra, lo que suceda dependerá de lo que en él esté proyectado, así que los habitantes de El Sabino contemplan a Dios en casi todas las circunstancias de sus vidas, en sus reflexiones, en sus oraciones<sup>62</sup>.

Respecto a la injerencia de Dios en los efectos de las prácticas de los curanderos, Doña Paula comenta: “digo yo, solamente Dios, los curanderos no pueden levantar [sanar] a una persona mientras que Dios no quiera, pero si Dios quiere, ya con cualquier medicina se cura uno. El de allá arriba es el que dice cuándo, Dios nuestro señor. Esa enfermedad [la diabetes] no la cura cualquiera” (2017). En el mismo sentido comenta Doña Fema: “Si uno le pide a Dios [se cura la persona]. Me iba a morir, pero me compuse, no tomé ni medicinas, ni una medicina del campo, lo que tomé fue agua, tres veces tomé agua limpia, con esa me compuse” (2017).

La muerte, de igual manera, está sujeta a dicha proyección, su acontecimiento está determinado por el destino, las personas saben y asumen que la muerte tiene

---

<sup>61</sup>Don Venancio comenzó a padecer diabetes cuando tenía aproximadamente 35 años, cuando trabaja como carpintero en las obras de construcción.

<sup>62</sup> Esto se verá con mayor profundidad en el capítulo 4.

ahí su origen. Comenta Don Venancio: “Cuando el doctor me dijo que tenía diabetes, yo dije –ya ni modo, de todos modos, me tengo que ir, de algo me he de morir” (2016).

“La gente ya se moría cuando ya le tocaba, algún dolor, alguna pulmonía, pero de una enfermedad como ésta [diabetes], ahorita nada más”. Expresiones como la de la señora Micaela suelen ser recurrentes cuando se habla de la muerte.

El que la enfermedad se interprete como un destino inminente permite que ésta se acepte con una especie de resignación ante una situación que está, por decirlo de algún modo, fuera del control de las personas. Se pueden seguir las recomendaciones y cuidados sugeridos por los médicos, sin embargo, se asume que lo que el designio divino tenga dispuesto para cada ser humano tiene el mayor peso, lo que hasta cierto punto dota estas situaciones de tranquilidad, pues finalmente, en la mayoría de los casos, hay una suerte de confianza y esperanza en Dios.

En una ocasión comenta Anita: “Yo sí acepto mi enfermedad, sí quisiera curarme, pero mi cuerpo no [se] presta. Yo no me preocupo, de todos modos, me voy a morir algún día. De todos modos, el que no tiene nada se va y el que está enfermo se queda” (2016).

Al ser concebida la naturaleza de la etiología de la diabetes de este modo, termina por direccionar, en parte, las prácticas en torno a su tratamiento, contemplando a Dios como interventor en su control, a través de la oración como la principal vía.

## 2.6 Comentarios finales

En este capítulo se revisaron los elementos y acontecimientos que le dan contexto a la etiología sabinense de la diabetes. Se indagó en la función de determinadas emociones, a las que se les atribuye un carácter perjudicial, entre ellas las preocupaciones, el susto y el coraje como las más relevantes, debido a la centralidad que éstas tienen en las causas de esta enfermedad, desde esta perspectiva. Se retomó la noción del destino, pues ésta explica otra parte de esta etiología. Vimos que estos factores no coinciden con los que desde la ciencia médica se explica su origen, pero que, así mismo, la población retoma algunos de sus elementos y los integra en sus explicaciones.

Se reflejaron las relaciones que las personas hacen a partir de lo anterior, por ejemplo, el que el aumento de casos de diabetes esté relacionado con la disminución de las prácticas locales de curación del espanto; al ser esta emoción un importante antecedente en su desarrollo y al ya no tratarse estos padecimientos a través de los métodos locales.

Por otro lado, se evidenció la relación y continuidad que hay entre estas explicaciones y las prácticas de prevención y cuidado de la salud de esta población, mismas que se revisarán con más detenimiento en el capítulo cuatro. Todos estos elementos en su conjunto, conforman un modo íntegro de explicación de sus causas.

### Capítulo 3. La diabetes y la alimentación sabinense

He tenido algunas experiencias en las que, con frecuencia, las personas se sorprenden al escuchar sobre la elevada incidencia de diabetes en comunidades indígenas, pues se tiene el prejuicio de que en el campo o zonas rurales se vive en un ambiente “natural”, libre de “contaminación”, y que esto se ve reflejado en aspectos tales como la alimentación; se cree que en dichos lugares consumen productos derivados de la tierra, que no se consumen productos “chatarra”.

Asimismo, hay quienes están al tanto de que la venta de Coca-Cola y otros productos, se ha extendido a casi todos los rincones del planeta, incluyendo a las poblaciones rurales, y también de cómo han incrementado enfermedades como la diabetes. En estos casos suelen hacer preguntas como las siguientes, tratando de explicar el porqué de tal incidencia: ¿es porque toman mucha Coca-Cola? Comen mucha tortilla, ¿verdad? No siempre he sabido qué responder, pues no es totalmente verdadero, ni totalmente falso. Lo que es innegable es que la situación es mucho más compleja que esta sencilla correlación.

Recordemos que esta tesis no tiene como objeto principal precisar qué está enfermando de diabetes a las poblaciones indígenas y/o rurales, sin embargo, ha habido determinados cambios a nivel local que en cierta medida han modificado las prácticas alimentarias (en la preparación y proveniencia de los alimentos, principalmente), e independientemente de que al interior de El Sabino las explicaciones predominantes sobre el origen de esta enfermedad no estén vinculadas a las formas de alimentación, dichos cambios pudieran explicar su exacerbada presencia<sup>63</sup>.

Previamente se indagó en las causas de la diabetes desde el punto de vista sabinense; su origen se asocia esencialmente con la experiencia de ciertas

---

<sup>63</sup> Además, no se pretende negar o dejar de lado la etiología biomédica de la diabetes que explica cómo determinados factores socio-ambientales, tales como la obesidad y el sedentarismo son la principal causa del desarrollo de la diabetes tipo 2, pues la intención no es posicionar una etiología frente a la otra.

emociones de carácter perjudicial, las *preocupaciones* y *el susto*, entre las más importantes. Se especificó que la etiología biomédica considera a la obesidad, y así a las prácticas alimentarias, como la principal causa del padecimiento de diabetes tipo 2.

Se dijo que los sabinenses se encuentran familiarizados con los paradigmas biomédicos de las enfermedades, pues prácticamente el total de la población tiene acceso al seguro popular y es atendida exclusivamente por médicos alópatas, quienes les dan a conocer el diagnóstico a través de una serie de aseveraciones expuestas desde su propio corpus de conocimientos. Por tales motivos, en El Sabino se ha comenzado a poner en cuestión la relación que pudiera haber entre el padecimiento de diabetes y su alimentación -aunque este factor no lo asocien con su origen concreto-.

*Aseveraciones* es la expresión que podría describir la manera en la que los médicos les dan a conocer a la población el diagnóstico de su padecimiento, generalmente con frases hechas, con terminología propia del campo médico. No hay un diálogo que dé cabida a las dudas de los interlocutores: “El doctor nada más me dijo que tenía el azúcar en la sangre, nada más me dijo así, montones de pastillas que me dio” (Reyna Martínez, 2016). Le pregunto en una ocasión a la señora Esperanza: ¿Qué le dijo el doctor acerca de por qué le dio diabetes?, me respondió: “No me dijo nada, nada más me dio medicamento para que me controlara” (2017).

Es recurrente que cuando se trata el tema de la diabetes, los interlocutores expresen la valoración que han hecho acerca de lo que los médicos les han dicho. Así, aunque María Isabel de Santiago no está segura de la relación que pudiera haber entre su alimentación y el padecimiento de diabetes, retoma dicha relación en comentarios como el siguiente: “Nosotros aquí en el rancho no estamos acostumbrados al refresco, con agüita que tomamos. Ya cuando la enfermedad viene, ya ni sabe cómo se siente cuando *entra* en el cuerpo” (2017). Por un lado, afirma que la enfermedad llegó a la comunidad, y que en su caso -dice a través de

una especie de expresión retórica-, no sabe “cómo entró al cuerpo”, no obstante, retoma lo que el médico le ha dicho y da su opinión al respecto.

Por los anteriores motivos es indispensable abordar lo relacionado con las prácticas alimentarias. Primero, porque no se pretenden negar los horizontes de conocimientos de la ciencia médica, además de que es indispensable comprender qué está resultando de la interacción entre ambas formas de aprehensión de la enfermedad. Por tanto, en lo que viene se examinarán las prácticas alimentarias en El Sabino: qué cualidades y características se les atribuyen a los alimentos, cuál es su función y cuál es su relación con la diabetes. Teniendo además en consideración que el tratamiento de esta enfermedad desde la terapéutica alópata incluye como uno de los aspectos centrales, el seguimiento de un régimen alimentario, por lo demás particular y específico, que ha inducido, en cierta medida, a la transformación de dichas prácticas.

### **3.1 Los alimentos naturales y los alimentos con “química”**

En El Sabino se identifican dos tipos de alimentos, su distinción está relacionada con su procedencia u origen. Hay un tipo de alimentos que se describen como “naturales” o del “campo” y, por otro lado se habla de alimentos “químicos” o con “química”, de los que se dice, tienen propiedades “contaminantes”.

Cuando los interlocutores hablan sobre los alimentos que cotidianamente consumen, suelen especificar de qué tipo son. Don Genaro describe en qué consiste su dieta: “Pues como frijolitos, salsita con arroz, nopalitos, huevo *natural*, café, agua *natural*, refrescos no, por el recurso [económico]” (2016). Reyna Martínez aclara: “El doctor cree que todos consumimos café, nescafé<sup>64</sup>, es café [el que se consume] del otro, de granito, de esos que se dan en la sierra, es *natural*, no viene con *químicos*” (2017)

---

<sup>64</sup> Nescafé es una marca de café soluble de la compañía ‘Nestlé’, de las más vendidas en el mundo.

A partir de las narrativas se puede inferir que los alimentos considerados *naturales*, son aquellos que tienen origen en la comunidad, que guardan algún tipo de relación con el resto de los elementos del entorno, o sencillamente aquellos de los que para su existencia o producción participan las personas que los van a consumir implementando los recursos naturales de la región, por ejemplo: el agua de consumo diario que se obtiene del manantial de la comunidad, los alimentos que se preparan aprovechando las verduras que se siembran en los huertos y los frutos que se obtienen del entorno. A estos alimentos se les vincula con determinadas nociones y se les atribuyen cierto tipo de propiedades, se dice que son los alimentos “buenos”, que son alimentos “limpios”, etc.

Sin embargo, constantemente se habla en la comunidad sobre los cambios climáticos de hoy día y sus efectos negativos en la producción de los alimentos de origen “natural”. La disminución de las lluvias, y con ello del agua que brota del manantial, ha inducido que ya no se siembre en las huertas de los hogares, en las que se cosechaban calabaza, jitomate, pepinos, rábanos e incluso sandía. Actualmente la siembra es prácticamente exclusiva de las familias que tienen su vivienda o algún predio cercano a la corriente del agua del manantial. Entre los alimentos que se cosechan se encuentran algunas verduras y aguacates. Se cultiva también la sábila y el maguey usado para la elaboración del pulque.

De la flora silvestre se obtienen algunos frutos de temporada que son aprovechados para la preparación de alimentos, tales como: nopales, aguacate y limón. El consumo de frutas es poco frecuente, entre éstas están aquellas que se dan en la región y únicamente en determinadas épocas del año, como la pitahaya y las tunas, algún otro tipo de fruta se adquiere en el mercado de la cabecera municipal<sup>65</sup>.

La esencia de los alimentos naturales se comprenderá mejor si tomamos en consideración a su categoría opuesta: los alimentos “químicos”. A éstos se les atribuyen propiedades “contaminantes”. Lo “contaminante” es una noción

---

<sup>65</sup> Los interlocutores suelen especificar que el consumo de frutas es escaso debido a que la economía familiar no les permite adquirirlas, éstos son consideradas alimentos caros.

fundamental que se revisó con anterioridad, se dijo que es una cualidad presente en algunas cosas, en ciertas emociones, o en este caso, en algunos los alimentos, que hace mal al organismo. El susto, por ejemplo, es considerado una emoción “contaminante” pues causa diabetes.

Se dice que los alimentos “químicos” contienen una suerte de fuerza nociva, una fuerza de tipo contaminante que ocasiona que los alimentos, especialmente las carnes, las frutas y las verduras, crezcan o se produzcan con una velocidad superior a la normal, teniendo como efecto la pérdida de sus propiedades nutritivas.

Por tal motivo los interlocutores afirman que estos alimentos no “sirven” y que, a diferencia de los alimentos de origen natural, no desempeñan funciones benéficas para el organismo: “esa [la diabetes] salió ahorita, hace poco, porque antes no había. Es por los alimentos, porque ya no sirven. Antes comíamos lo *bueno*, lo *natural*, ahora son pura *química*, esa no sirve”, comenta con firmeza Gabriel Sánchez (2016)<sup>66</sup>.

Generalmente los alimentos *químicos* se obtienen a través de su compra en las tiendas de la comunidad<sup>67</sup> o en la cabecera municipal. Entre sus listas están todos aquellos alimentos enlatados o en general los alimentos procesados<sup>68</sup>. Cabe mencionar que el consumo de estos productos está vinculado a la capacidad

---

<sup>66</sup> Como hemos mencionado, las explicaciones predominantes sobre el origen de la diabetes, no consideran a la alimentación como una causa primordial, sino que a través de esta clasificación: “alimentos químicos o de estos tiempos” se describe una realidad sobre la alimentación; las cualidades de los alimentos a los que se tiene acceso actualmente. Las personas reconocen que ya no se come igual que antes y no descartan la posibilidad de que estos alimentos tengan relación con la enfermedad.

<sup>67</sup> En las tiendas de la comunidad se pueden adquirir una serie de productos enlatados: verduras, chiles, atún, etc. También frituras, refrescos, leche, huevo, queso, pan, chorizo, salchichas. Se venden pocas frutas y verduras, entre ellas plátanos, jitomates, chiles y cebollas.

<sup>68</sup> Se entiende por comida procesada cualquier alimento que sufra cambios o pase por algún tratamiento industrial antes de llegar a nuestra mesa para que lo podamos consumir. Estos alimentos suelen incorporar una gran cantidad de ingredientes artificiales, químicos y aditivos que no necesariamente van de la mano con el cuidado de la salud. Así mismo no poseen valor nutritivo para una alimentación balanceada, Consultado en: <http://vinculacion.dgire.unam.mx/vinculacion-1/Memoria-Congreso-2017/trabajos-ciencias-biologicas/ciencias-de-la-salud/8.pdf>. Accedido el 19 de julio del 2018.



adquisitiva de las familias. “El Nescafé no es natural, se vende en la tienda”, aclara en una ocasión doña Eufemia (2016).

Teresa Hernández tiene 61 años, su esposo al igual que ella, padece diabetes. Cuenta, por ejemplo, que antes consumía refresco únicamente cuando iba a la cabecera municipal de Tolimán y que “ahora ya hay tienda en la comunidad, desde hace 26 años que se construyó la carretera, ya aquí llega el refresco”<sup>69</sup>, enseguida hace mención de algunos de los productos que adquiere en las tiendas del lugar: “ahora hay en las tiendas huevo, chorizo, pero eso lo compramos de vez en cuando, cuando hay dinero. Mando a la tienda por un pedazo de queso, para acompañar los alimentos, y a veces por un sobrecito de esos de Tang<sup>70</sup>” (2017).

Por tanto, los alimentos químicos son aquellos que provienen de “afuera”, que no se produce en la comunidad y de los que no se sabe con certeza cómo fue que se produjeron o de qué están hechos.

La mayoría de las personas, en particular los adultos mayores, se niegan al consumo de estos alimentos “químicos”, y suelen referirlos de manera despectiva debido a los referentes que se tienen al respecto: “Alimentos químicos, a lo mejor sí [hacen mal], depende de su cuerpo de cada quien, pues hay unos que se sienten más mal y otros como que no se nota; hay veces que como frijoles, hay veces que como nopales, hay veces que como papa. Yo no como esa cosa [enlatados], como ya muchas cosas vienen en lata, dicen, pero yo no como eso” (Cirila de León Pérez, 2018).

Se precisa que el origen de los alimentos es el principio que los vincula con determinadas nociones, propiedades y cualidades, y estos elementos, por

---

<sup>69</sup> En otros estudios revisados (Kolb, 2016; Nájera A. y Álvarez, G., 2010), hay una relación entre la introducción y el consumo de ciertos alimentos, sobre todo de tipo procesados, y el abastecimiento de ciertos servicios a las comunidades de estudio, como el de la “construcción de la carretera”. Este hecho ha sido identificado como fundacional de cambios graduales, profundos y un tanto desapercibidos, al interior de estas comunidades.

<sup>70</sup> Tang es la marca de la mezcla en polvo de edulcorantes artificiales, ácidos, colorantes artificiales y saborizantes para la preparación de bebidas de frutas. Es un producto vendido por todo el mundo. Consultado en: <http://elpoderdelconsumidor.org/analisisdeproductos/radiografia-de-tang-sabor-mango-1-sobre-para-2-litros/>. Accedido el 16 de abril del 2018.

consiguiente, son el fundamento de las prácticas alimentarias de la población, es decir, lo que te indica qué consumir y que no, aunque, tal como veremos, hay otros aspectos que las orientan.

### **3.2 La fuerza de los alimentos**

En el primer capítulo se trató el concepto de fuerza (*tsēdi*), se expuso que la fuerza tiene una función indispensable en el cuerpo, pues es aquello que ayuda a ponerlo en movimiento, es una especie de voluntad que permite hacer las cosas. Por tanto, el cuerpo requiere de esta fuerza para desempeñar todos los quehaceres cotidianos. Vimos que esta fuerza se ve afectada por la presencia de altos niveles de azúcar (glucosa) en la sangre (causa biomédica del desarrollo de la diabetes).

Se puntualizó que una de las principales fuentes de *tsēdi* se encuentra en los alimentos, y que incluso algunas bebidas son potencialmente proveedoras de fuerza. Se especificó que no todos los alimentos cumplen con esta función, pues éstos a su vez pueden ser los depositarios de aquello que provoca la pérdida de fuerza (alimentos con “química”, las azúcares, las grasas, etc.).

El padecimiento de diabetes origina una serie de desajustes relacionados con la alimentación. Tenemos la falta de apetito como uno de los síntomas principales, y como resultado de esta inapetencia, una disminución en el insumo de los alimentos necesarios, lo que derivará, decíamos ya en otros capítulos, en que a las personas les sea difícil sobreponerse a la pérdida de la fuerza causada, inicialmente, por el exceso de azúcar en la sangre. Describía en una ocasión doña Paula: “La diabetes le acaba a uno la vida, todo, se le cae el cabello, con esta boca seca, uno ya no tiene ganas de comer, por eso se pone bien delgada la gente” (2017).

Nos encontramos con una diversidad de situaciones relacionadas con los desajustes alimenticios posteriores a la diabetes. Tenemos, por un lado, que el tratamiento más frecuente para el control de la diabetes desde la medicina alópata se centra en dos componentes: el primero contempla seguir una estricta dieta alimentaria, complementándose con el insumo de dos medicamentos principales, la metformina y glibenclamida.

Sin embargo, tras ingerir estos medicamentos viene una vez más la pérdida de apetito, lo que como ya dijimos, termina por propiciar la disminución de lo que se come, causando nuevamente merma en la fuerza. Es decir, encontramos que los medicamentos con los que se pretende controlar la diabetes, o por lo menos algunos de sus síntomas, traen a su vez otras consecuencias desfavorables. Esta serie de circunstancias<sup>71</sup> podrían inscribirse en una situación de tipo “círculo vicioso”<sup>72</sup>.

Comentaba Anita acerca de su situación y cuál ha sido su experiencia concreta:

Si te tomas las pastillas como que no tienes hambre, se siente más débil porque no puede comer [como consecuencia de la falta de apetito], ¡ni sé cómo!, ¡ni se cómo le voy a hacer, no puedo controlar [la diabetes]!... es que me dice [el doctor] que me tome las pastillas y que no coma [refiriéndose a las sugerencias que hacen los médicos sobre la dieta que se debe seguir]. Es que ahí [en las consultas médicas] te van a decir que no comer, todo, todo te va a prohibir, a veces le digo a mis hijas, si no voy a morir de enfermedad, me voy a morir de hambre (2017).

Incluso la frase: “si no me muero de diabetes, me voy a morir de hambre” es una expresión que comienza a ser usada de manera recurrente por los habitantes de

---

<sup>71</sup> Hace unos meses leyendo acerca pobreza y desigualdad, encontré cierta relación con esta situación que se está planteando, pues se explicaba, a través del denominado ciclo intergeneracional de la pobreza, cómo cada uno de los componentes de la pobreza puede ser efecto y a su vez causa de otro componente de la pobreza intergeneracional. De no ser abordados todos estos componentes en su conjunto y de manera simultánea, difícilmente la población que se encuentra en dicha situación podría salir de este círculo. R. P. O, 2018. Lo anterior me llevó a pensar que esta confluencia de circunstancias se asemeja a situaciones de tipo “círculo vicioso”. Las narrativas dejan ver las dificultades con las que se han venido encontrando los pacientes de diabetes en esta región en particular.

<sup>72</sup> Situaciones en las que los elementos presentes pueden ser cada uno efecto y causa de otro de los elementos, formando así un círculo que comúnmente es difícil de romper.

El Sabino y que hace alusión a las recomendaciones médicas, las cuales sugieren que no se consuman ciertos alimentos que han sido históricamente parte de la dieta alimenticia en la comunidad. Para algunos interlocutores esto parece ser una aberración, primero porque no se tienen antecedentes de que estos alimentos hagan algún mal al organismo y después, porque ante la falta de recursos económicos, en muchos de los casos, no es posible sustituirlos por otros.

En una ocasión Clementina Sánchez de Santiago comentó: “Sí, me dice [el médico] que no puedo comer mucha tortilla, ¡no!, porque dice que la tortilla, con eso sigue la diabetes... pero si no come uno, no va a tener fuerza, yo creo. No me dan ganas de comer”.

Reyna Martínez apuntó lo siguiente: “Me quita [el doctor] que no coma grasa, que no coma tortilla, que no tome café, le digo: doctor si no me muero de la enfermedad, me voy a morir de hambre. Yo sí como, como mis tortillas, frijoles con nopales, nopalitos cocidos y ya le pico un chilito, así como cebolla con cilantro y jitomate” (2016).

Hay situaciones aún más complicadas que las planteadas hasta el momento. Los interlocutores han narrado que una vez que *entra* la diabetes al cuerpo, vienen otra serie de transformaciones. Una de ellas es que el cuerpo ya no hace un normal aprovechamiento de los alimentos que se consumen: “Yo como mucha tortilla, pero no me hace provecho, siento que estoy bien desmayada, parece que no he comido nada, a veces sí me da hambre, pero no tengo fuerza - ¿hay algo que le dé fuerza?, pregunté - no ya no”, relató con desánimo Clementina (2017).

En este mismo sentido Don Genaro comenta cuál fue su experiencia tras su ingreso en el hospital general, en la ciudad de Querétaro, dejando ver la situación que hemos estado planteando:

...de pronto ahí en el hospital me decían que no comiera [dice sobre las sugerencias que le hizo el médico que lo atendió], que una tortilla o dos, ¡pues hay que comer por lo menos tres o cuatro tortillitas! y alguna comidita sencilla, tampoco muy grasoso. Y ahí me recomendaron en el hospital de que no, que comiera pura

fruta, pues ya le digo, sí es bueno, pero muchas de las veces si no hay recurso cómo. Mira lo que tengo aquí en mi huerto, tengo puras plantas de limas, limones y aguacates, y gracias a Dios nuestro señor, ya me dan mis centavitos<sup>73</sup>, ahí pasando (2017).

Ya se mencionaba en el primer capítulo que la disminución de fuerza tiene efectos no solo en la capacidad de realizar con vigor las actividades cotidianas, pues termina por afectar también el estado anímico de las personas, ya he referido narrativas que hablan de que con la ausencia de fuerza “uno ya no tiene ganas de vivir”.

### **3.3 Azúcar: entre ingredientes y enfermedad**

Como ya se mencionó, el azúcar o glucosa es un ingrediente en algunos alimentos al que la gente en El Sabino le ha comenzado a prestar atención. Veíamos que los médicos se remiten a este componente, azúcar o glucosa, usando cualquiera de los términos de manera invariable, para explicar el origen de la diabetes (incluso recordemos que la detección de diabetes se hace a partir de una prueba de glucosa aplicada a la sangre).

La población sabinense, por su lado, comienza a reconocer su naturaleza nociva. Incluso se comentaba que el azúcar comienza a ser considerada como una suerte de enfermedad, pues la idea de que la diabetes es azúcar ha llegado a ser tan central, que decir “tengo azúcar” es equivalente a decir que se padece diabetes.

“Cuando era niña comía frijoles con nopales y salsa, pero no había dulce, no había refresco, por eso no sé de dónde salió esa enfermedad” (2016), comenta con cierta duda Clementina. Reyna Martínez hace mención del énfasis que le dan los médicos al azúcar o lo dulce cuando hablan de las causas de la diabetes: “según

---

<sup>73</sup> Dice refiriéndose al apoyo monetario que recibe por parte del gobierno Federal.

muchos dicen que la diabetes viene de un susto, el doctor dice que es porque uno come mucho dulce” (2016).

Los interlocutores aseguran que el azúcar afecta al cuerpo y lo transforma: “El azúcar dicen, que... cómo te diré, que lo deja [al cuerpo], que la sangre queda como agua, no le dan ganas de comer y si come uno, no le hace provecho la comida, ta’ feo esa enfermedad” (2018) relata Clementina.

A partir de que el azúcar se le identifica de este modo, se ha convertido en un ingrediente o sustancia de la que se debe tener cuidado. Al preguntarle a la señora Esperanza qué es lo que ha cambiado de su alimentación tras haber enfermado de diabetes, ella deja ver las reservas que tiene con el azúcar: “Yo tomo lo que encuentro, lo que hay, yo tomo todo. Azúcar no, no debe de comer mucha azúcar. Nosotros no tomamos mucho refresco, ni antes, ni ahorita”.

Por tanto, lo que seguía era indagar en cuáles eran los alimentos que los interlocutores identificaban como contenedores de azúcar, éstos solían hacer referencia casi exclusivamente a los refrescos, especialmente a la Coca-Cola, al chocolate o al café. Así las referencias que se tienen sobre qué es y cómo llega el azúcar al cuerpo, se reducen a considerar los refrescos y el azúcar en grano que se usa para endulzar las bebidas (aguas de sabor, café, atoles, etc.), mientras que para los médicos, o por lo menos desde las ciencias relacionadas a la salud, la azúcar refinada es una de las tantas fuentes de glucosa, pues ésta deriva también de los alimentos de tipo carbohidrato.

La lista de los alimentos carbohidratos es extensa, en ésta podemos encontrar algunos de los alimentos que la población podría estar consumiendo sin el conocimiento y la conciencia de que también están llenando la sangre de azúcar, entre éstos tenemos las harinas refinadas, los panes, las galletas, e incluso en mayor o menor proporción, algunas verduras y frutas.

Tenemos así el “azúcar” o “glucosa” como el referente común entre los médicos y la población sabinense, sin embargo, sus perspectivas con respecto a lo que la

azúcar es y cómo llega al cuerpo, son equívocas, es decir, hay una “alteridad referencial entre [estos] conceptos homónimos” (Viveiros de Castro, 2010: p. 73).

Si bien a lo largo de la tesis nos encontramos con varios casos de tales alteridades referenciales, en lo que respecta a la alimentación abundan. Cabe señalar la importancia de reconocer tales equívocos, de reseñar estas “diferentes versiones conceptuales” (Viveiros de Castro, 2004, p. 5), teniendo en consideración que la equivocidad, refiere el autor citado, es la condición límite de las relaciones que calificamos de interétnicas o interculturales, es decir, estas divergencias les son intrínsecas.

Así, mientras los médicos advierten a los pacientes sobre la importancia de regular “los niveles de glucosa o azúcar” para llevar un control de la enfermedad, ya que reconocen la naturaleza nociva de éstos; los interlocutores, al no tener los mismos referentes, atienden a esta indicación disminuyendo el azúcar en grano o el consumo de refresco, pero no consideran este otro tipo de alimentos que derivan también en un aumento de la glucosa.

### **3.4 Comer hasta llenarse. La importancia de la tortilla en la dieta alimenticia**

La tortilla es y ha sido un alimento de gran importancia para los sabinenses. Anteriormente el maíz usado para su elaboración se les compraba a las familias de la región que tenían parcela y podían sembrar este grano, ahora se obtiene por bulto en las tiendas Diconsa<sup>74</sup> de la comunidad o en la cabecera municipal.

Para la preparación de las tortillas se pone a cocer el maíz por la noche, para que en la mañana esté listo el nixtamal y sea llevado a moler por las señoras o los

---

<sup>74</sup> DICONSA es la red de abasto social más grande del país, que pretende garantizar la distribución de alimentos a través de las tiendas comunitarias con el mismo nombre. Estas tiendas tienen como objetivo el abasto a las comunidades rurales de productos de la canasta básica y complementarios, éstos últimos se dividen en los siguientes grupos: productos para la alimentación y nutrición, productos para higiene y salud y otros productos (énfasis propio). Obtenido de: <https://www.gob.mx/bienestar>. Consultado el 02 de enero de 2019.

niños antes de ir a la escuela. Las mujeres del hogar dedican gran parte de la mañana a  *echar las tortillas* con las que se acompañarán los alimentos de los dos o tres siguientes días.

Doña Paula se encuentra sola en su casa la mayor parte del tiempo, algunas veces la acompaña su nieta de 6 años. Ella explica lo que come cotidianamente: “Dice [el doctor] que no debo comer carne, nada más de pollo. Hay veces que quiero algo para comer, hay veces que me como dos tortillas, dos en la mañana, dos en la tarde. Sólo como verdura cuando hay [la dieta sugerida por los médicos incluye el consumo preferente y necesario de verduras], o tantito caldo de frijoles” (2016).

Esperanza describe la dieta que el médico le sugirió, finalmente explica cómo es su alimentación del día a día: “Me dijo [el médico] que no está bueno que comiera mucho pan, ni tortilla también, pero yo como mucha tortilla porque yo no me aguanto así... de hambre. Dice que no coma mucho, nada más dos o tres tortillas. Mucha tortilla no dice, ni pan, ni refresco, casi no tomo mucho refresco”.

“...la tortilla sí [como], casi medio kilo”, dice Don Venancio cuando describe la comida que hace después de mediodía, “porque si no, no completo, a veces mi esposa echa [tortillas], a veces no” (2016). Después comenta que cuando su esposa no echa tortillas, compran en la tortillería, aunque con esas se llena menos y se tiene que comer casi un kilo para quedar satisfecho.

La tortilla es el complemento de los alimentos que se consumen diariamente: en el desayuno generalmente se come tortilla, y de la misma manera en la comida de después de mediodía. Los interlocutores señalan constantemente que los médicos les sugieren reducir o no consumir tortilla, pues al ser un alimento de tipo “carbohidrato”, médicamente se considera que éstas se convertirán en glucosa, sin embargo, el consumo de tortilla es milenario, además tiene una función importante: contribuir a que las personas se sientan *llenas*, es decir satisfechas después de comer.



En El Sabino hay una conciencia general en torno a qué es lo que se *debe* comer. Ya veíamos que en ese sentido existe una predilección por aquellos alimentos de origen natural, ya que a éstos se les vincula con lo *bueno*, lo que es favorable para el organismo, lo que no es “contaminante”. Cabe mencionar que *lo natural* es una noción fundamental no solo dentro del tema de los alimentos, pues su relación se extiende a otros ámbitos de la vida sabinense; ya lo observamos cuando exploramos el concepto de fuerza<sup>75</sup> y se verá cuando abordemos el tema de los métodos terapéuticos.

Así, el *comer bien*<sup>76</sup> en El Sabino está vinculado con *comer lo suficiente*, es decir, es importante consumir alimentos hasta sentirse *lleno*. En contraste, encontramos que las “medidas higiénico-dietéticas” sugeridas por los médicos son estrictas, en el sentido de que suponen el consumo de determinadas porciones y variedades de tipos de alimentos. Es decir, tenemos nuevamente un equívoco.

Comenté al médico Armando, quien atendía a la población de El Sabino entre 2016 y 2017 a través de la “Caravana de Salud”, que había identificado que ellos, los médicos, les sugerían a los pacientes que “comieran poco de eso”, “mucho de aquello”, y que eran expresiones que quedaban un tanto en la ambigüedad. A lo que él respondió: “Se les sugiere a las personas que lleven un tipo de alimentación ‘adecuada’, acorde a lo ‘medible’, es decir, si al paciente se le dice que coma medio platito de frijolitos, eso es lo que se tiene que comer ¿no?, o si se le dice que se va a tomar su vaso de agua. Lógicamente uno no está con ellos para vigilar qué tipo de alimentos tienen ¿verdad?” (2016).

Gran parte de los habitantes en El Sabino no pueden comer lo que el médico sugiere (variedad y porciones de los alimentos) ya que su dieta contempla un grupo “reducido” de alimentos disponibles, y con éstos se busca la manera de satisfacer esta necesidad. En este sentido podemos apreciar la función importante

---

<sup>75</sup> Cuando se sugería que el contacto con la naturaleza ayudaba a restablecer la fuerza, como si esta fuerza se encontrara en la naturaleza, en el aire.

<sup>76</sup> El contenido de las nociones exploradas hasta el momento servirá como antecedente para comprender la concepción que se tienen sobre lo que es e implica comer bien, es decir, de qué modo se enlazan éstos y otros elementos para llevar una forma alimentación que sea considerada como adecuada.

que tienen las tortillas, pues se come lo que se tiene y se procura con estos alimentos *comer bien*, satisfacerse, *llenarse*: “Aunque sea frijoles, pero uno come *bien*, hasta *llenarse*. Dice el doctor –come mucho pan- pero pan casi no como” (Venancio Sánchez de León, 2016).

Una vez que integramos estas consideraciones en torno a las formas de alimentación y la trascendencia de los equívocos, entre las prácticas y perspectivas médicas y locales, podemos apreciar dichos equívocos como coyunturales al tratar de explicar determinadas situaciones, tales como la aparente “renuencia” de los pacientes a seguir el tratamiento para el control de la diabetes propuesto por los médicos, pues nos permiten comprender qué motiva y bajo qué referentes las personas deciden y actúan de la manera en cómo lo hacen.

### **3.5 Estar lleno de vida: un potencial equívoco**

La complexión corporal es un referente que permite considerar el estado de salud de los individuos, tanto en el saber médico como entre las concepciones sabinenses. En ambos casos hay una relación entre la complexión y un determinado estado de salud.

Desde el paradigma biomédico, la obesidad o sobrepeso están altamente asociados con problemas de salud, tales como enfermedades del corazón, glucosa alta (diabetes), hipertensión, etc. El sobrepeso y la obesidad son términos de la retórica médica. Como se expresó la biomedicina está centrada en la prevención de la diabetes, por tanto, se promueve el mantenimiento del peso “adecuado” y se remiten a dichos términos para explicar los antecedentes de su padecimiento. Así, constantemente en las citas médicas calculan la obesidad a través del “índice de masa corporal” o tomando en consideración la medida de la cintura de la persona.

Por otro lado, desde la concepción sabinense, la pérdida de peso es síntoma de enfermedad, pues encuentran que un cuerpo robusto, no delgado, es un cuerpo *lleno de vida*<sup>77</sup>, expresión con la que hacen referencia a un cuerpo saludable, sin enfermedad.

Por tales motivos, la idea de cómo debería ser en apariencia un cuerpo sano entre las dos formas de concebirlo (la médica y la sabinense), no solo es equívoca sino justamente opuesta. La cuestión, siguiendo a Viveiros de Castro (2010), no es descubrir quién está equivocado, pues una equivocación no es un error “sino la forma misma de la positividad relacional de la diferencia, su opuesto no es la verdad, sino más bien lo unívoco, en cuanto a aspiración a la existencia de un sentido único y trascendente” (*Ibid.*, p.79), por tanto, el autor citado plantea que el error consistiría justamente en imaginar que debajo de cada equívoco hay un unívoco y que alguno de los dos lo posee, ya fueran –en este contexto- los médicos o los sabinenses.

Citando un caso, en una ocasión Doña Eufemia platicaba cómo era su cuerpo antes de que se enfermara: “Me sentía buena y sana, llena de vida, empecé a enflacarme, se llegó el tiempo en que me pegó un dolor de cabeza que no podía aguantarme”. Posteriormente describe los dolores, la enfermedad y los cambios corporales una vez que se enfermó de diabetes: “Yo estaba bien flaca - ¿qué te pasó? [le preguntaban las personas de la comunidad], si tú estabas bien llena de vida, ahora sí te vas a morir- me pegó una enfermedad, les decía”.

Uno de los principales efectos de la diabetes es el adelgazamiento que sufren las personas, los interlocutores explican que esto se debe al excesivo consumo de agua, pues con la enfermedad se siente mucha sed: “adelgacé con la diabetes, más antes creo que yo pesaba como 70 y tantos, ahora peso como 64 kilos”, dice Doña Esperanza.

---

<sup>77</sup> No en todos los casos, pues últimamente las personas comienzan ya a vincular lo “gordo” con el padecimiento de diabetes, sin embargo, esto deviene de lo que los médicos les han dicho sobre la complexión corporal.

Doña Juana tiene 45 años, es hija de Don Genaro. Cada bimestre que llega la Caravana de Salud Móvil apoya a los médicos a pesar y medir a las personas que van a consulta. En una ocasión le pregunté si ella padecía diabetes, a lo que me respondió: “no, todavía no”, como si esperara la enfermedad. Después dijo con seguridad: “A todos les pega, dicen que más porque están gordos, no sé. A los gordos les pega más rápido, pero si viene, le toca a uno igual”. En el ámbito local, la obesidad o la gordura no terminan por relacionarse con la enfermedad, o por lo menos no de modo genuino.

### **3.6 De incorporaciones y sustituciones: las imperceptibles transformaciones de las prácticas alimentarias**

Cuando se abordan determinadas cuestiones desde la etnografía, se elaboran guiones de preguntas estructuradas o semi-estructuradas, esto se conjuga con la destreza del “investigador” y la confianza que haya con los interlocutores para lograr aproximarse a lo que se quiere conocer. Así, mientras indagaba en torno a la alimentación y sus recientes transformaciones, me encontraba ante mis mismas preguntas, casi siempre con las mismas respuestas. En la mayoría de los casos los interlocutores explicaban de manera breve, que comían de modo similar a como lo habían hecho toda su vida, desde que eran niños y hasta el tiempo presente.

Decía con firmeza Micaela de León: “Yo no como diferente, como nopalitos, frijoles, calabaza. Yo nunca he cambiado mi comida, yo nunca como refresco” (2016). Cirila también explica que no come de modo distinto: “como frijoles, nomás con puro chile, no grasa. Más antes tomaba puro té de canela” (2016).

Poco a poco en otras conversaciones, no precisamente enfocadas en este tema, comenzó a ser evidente que las familias no comían de manera significativamente distinta, sino que los cambios habían sido en otros aspectos no tan explícitos:

principalmente en las formas de preparación, en la incorporación y la procedencia de ciertos alimentos e ingredientes.

Así lo deja ver Anita, quien describe y hace algunas puntualizaciones. Inicialmente aclara que ella no ha cambiado su alimentación, aunque sí incorporó el consumo de Coca-Cola antes de que se enfermara de diabetes. Posteriormente, una vez con diabetes, trató de reducir su consumo, pues con la Coca-Cola se le sube la presión, aunque de momentos se le antoja mucho, además de que cuando recién la ha tomado tiene mucha fuerza, después dice: “Sí tomaba mucha Coca, me dice [el doctor] que no coma mucha tortilla, grasa, pan, ni refresco, ni leche. Yo como tortilla, frijol, nopales y papa, no he cambiado mi alimentación” (2016).

Continuamente se hace referencia al reciente consumo de Coca-Cola, o en general de los refrescos. Veíamos que anteriormente en la cabecera municipal era el lugar exclusivo en donde se podían comprar algunos productos, entre estos el refresco. Hay quienes reconocen en el consumo de Coca-Cola, aunque son pocos, parte del origen de la diabetes, pero que además se admite como una bebida que tiene la capacidad de producir adicción: “Me dio [diabetes] por la coca, es que sí me pasaba, yo tomaba dos y medio litros diarios, ese año que me pegó eso [la diabetes], mandaba por más si se me acababa, cuando comía me tomaba dos de vidrio, la pura coca era mi vicio, ¡y ese es un vicio también oiga! yo no tengo vicio, tengo vicio de la coca<sup>78</sup>, cuando no tomo coca hay una pinche ansia” comenta don Venancio Sánchez (2016).

No obstante, Don Venancio explica que actualmente su consumo de Coca-Cola depende del dinero con el que cuente, si le sobra un poco para comprarla: “ya no

---

<sup>78</sup> Las prevalencias de sobrepeso, obesidad y diabetes han aumentado con rapidez; diariamente una alta proporción de la población mexicana toma bebidas de alto contenido calórico, denominadas comúnmente “refrescos”, sin saber las consecuencias que pueden ocasionar en la salud. Este alto consumo se asocia a la sensación agradable provocada por los ingredientes utilizados en su elaboración, que parecen provocar adicción en los consumidores. Obtenido de: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48731722006.pdf>. Consultado el 15 de abril de 2018.

tomo mucha coca, ahora no, ves que a veces traigo dinero, a veces no, hay hasta dos días que no me tomo nada, cuando traigo dinero sí me tomo una coca”<sup>79</sup>.

En una conversación con el médico Armando mientras él elaboraba un reporte sobre las personas que había atendido durante ese día, el único del bimestre en el que daría consulta en la comunidad, me hizo saber, en términos generales, cómo percibía el estado de salud-enfermedad de la población sabinense, describió algunas de las actividades que realizaba dentro de las Caravanas y el seguimiento que les daba a los pacientes. Finalmente mencionó que él consideraba que: “sí ha repercutido el tipo de alimentación que hay en la región, tomando en cuenta el análisis paralelo con las costumbres. En la región se encuentra la danza y durante la fiesta hay un consumo excesivo de calorías. El mole y el chocolate contienen una gran cantidad de almidones y azúcares”, describió (2016).

La danza es la principal actividad festiva de la región y en general en todo el municipio de Tolinán. Ésta tiene lugar dentro de la Fiesta Patronal dedicada al arcángel San Miguel, comienza a principios de julio y culmina con el levantamiento del Chimal<sup>80</sup>, a finales de septiembre. Es una festividad compleja y abundante en términos de la organización, significados, ritos y momentos que la integran.

Son cinco cuadrillas las que simultáneamente, cada una desde su barrio, se organizan para llevar a cabo La Danza. Una de ellas está conformada por las comunidades de la región de Higueras. Niñas y niños ejecutan *la danza de la conquista* día con día durante los tres meses. Después de que los niños han danzado, se les ofrece a las personas asistentes una pieza de pan, un vaso de

---

<sup>79</sup> La mayoría de la población sabinense con la que tuve oportunidad de conversar aseguran que no consumen refresco, pero como he especificado, la población en la que se enfoca esta investigación se centra en adultos y adultos mayores, que además padecen la enfermedad. No puedo hablar con certeza de los hábitos en torno al consumo de esta bebida entre los jóvenes, entre los niños y las personas de mediana edad. Sin embargo, en las tiendas de la comunidad hay a la venta todo tipo de refrescos y cuando visitas a alguien es muy común que te ofrezcan una bebida de este tipo.

<sup>80</sup> El Chimal proviene de *chimalli*, palabra de origen náhuatl que significa escudo. Entre los otomíes es un símbolo sagrado que ofrendan en la celebración más importante de la comunidad, en los festejos del santo patrono San Miguel Arcángel. Por tradición oral, a partir de conversaciones con don Erasmo Sánchez Luna, durante la tarea de cristianización los frailes franciscanos utilizaron el chimal, de origen indígena, como un elemento de apoyo para la conversión (Castillo, 2005).

atole, tortillas, mole y arroz. Las familias llevan recipientes para recibir los alimentos que se les compartirán a fin de consumirlas en sus hogares.

Cabe mencionar que la aseveración hecha por el médico Armando, tras hacer el cruce entre la diabetes con las tradiciones, ligadas a su vez con la gastronomía local, es una afirmación que podría refutarse con el hecho de que la danza lleva realizándose aproximadamente trescientos años. Los alimentos que se comparten en este evento han sido los mismos en todo ese tiempo y, sin embargo, no hay antecedentes de la incidencia de diabetes como la que hay hoy en día. Aunque por otro lado Armando aclaró que el origen de la diabetes es multifactorial.

En octubre de 2017 realicé una visita a la casa de la Señora Esperanza, noté que en el patio trasero tenía un horno hecho de adobe y tabique, le pregunté para qué era usado, explicó que hace años ahí preparaba el pan de pulque para la danza y otras ocasiones en las que le hacían pedidos. Después me dijo que ya no lo usaba porque ahora las familias mandan a hacer el pan a la cabecera municipal de Tolimán.

Por otro lado, la manteca<sup>81</sup> es un tipo de grasa que ha sido utilizada en El Sabino para la preparación de los alimentos. En varias ocasiones las personas comentaron acerca de la sustitución que han hecho de ésta por aceite vegetal comestible: “Antes sí comía grasa en mi comida, puro manteca, pero ya cuando me puse mala, ya no comí ni tantita manteca... ahí está mi aceite”, dice Micaela de León, por citar un ejemplo.

En ocasiones en las que indagaba qué es la grasa y cuáles son los alimentos que la contienen, los interlocutores solían hacer referencia casi exclusivamente a la manteca. Éste es un caso más de referentes equívocos. En El Sabino las personas relacionan la grasa con la manteca, entonces *la grasa*, esa sustancia en el cuerpo a la que tanto hacen referencia los médicos, termina ligándose casi

---

<sup>81</sup> La manteca anteriormente se usaba con mayor frecuencia para preparar los alimentos. Se trata de grasa extraída de los tejidos adiposos que rodean las vísceras de ciertos animales, especialmente del cerdo.

exclusivamente a la manteca. Esto ha llevado a que se busque reducir su consumo, sustituyéndola por aceite vegetal<sup>82</sup>.

En ese sentido, hay quienes aseguran que no consumen grasa, puesto que ya no consumen manteca, mientras que, por otro lado, el médico y su diagnóstico identifican esta sustancia en el cuerpo; las personas entonces suelen decir cosas como la siguiente: “Yo casi no como grasa y el [doctor] dice –usted tiene mucha grasa en la sangre- quién sabe” (Cirila de León Pérez, 2016).

Venancio responde convencido cuando le pregunto si come de manera distinta ahora que tiene diabetes: “...la alimentación no, pues aquí casi no cambiamos la alimentación, porque aquí son casi puros frijoles con nopales, aquí casi no conocemos la carne [...] Pero ¡qué vamos a cambiar la alimentación! Si aquí son puros frijoles o arrocito, si hay. La verdura [se consume] siempre y cuando tenga dinero para ir a comprarla a Tolimán, aquí no tenemos verdura porque se necesita agua, si no hay agua cómo, la verdura necesita más agua que el maíz. Ahorita ya no hay huerta como antes, antes toda la mayoría teníamos huerta, hasta por allá de aquel lado [señala un cerro a lo lejos] llegaba el agua” (2016).

En una ocasión tuve una conversación con la señora Eufemia sobre cómo ha sido su alimentación antes y durante la diabetes. Primero le pregunté si ha cambiado su alimentación desde que padece dicha enfermedad y respondió: “no, como que nunca me ha gustado, [dice refiriéndose a otro tipo de alimentos]. Así [me gusta] puro nopal, verdolaga, quelites, puro atolito de mezquite, pirul, ejotes, calabacitas, pero todo del campo [...] pues sí, pero uno de puro que está aquí, en la comunidad, en el rancho ¿qué va a comer? Dice [el doctor] que pura verdura [deben comer], de vez en cuando [se come verdura] pero de siempre... ¿dónde vas a encontrar aquí en el rancho? Solamente en Tolimán. Sí tengo huerta, pero

---

<sup>82</sup> Nuestro cuerpo necesita que consumamos grasa para funcionar adecuadamente. La grasa proviene de una variedad de grupos de alimentos, particularmente de los grupos derivados de la leche, la carne y los aceites. También puede encontrarse en muchos alimentos fritos, productos horneados y alimentos envasados. El control del consumo de grasa es uno de los pasos más importantes para bajar de peso y mantenerlo, y para evitar o retrasar la diabetes tipo 2. Obtenido de: [https://www.cdc.gov/diabetes/prevention/pdf/spanish/sp\\_posthandout\\_session2.pdf](https://www.cdc.gov/diabetes/prevention/pdf/spanish/sp_posthandout_session2.pdf). Consultado el: 15 de agosto de 2018.



con está seca ¿qué va a haber?” (2016), dice aclarando que prefiere el consumo de los alimentos de origen natural, sin embargo, reitera la dificultad de obtener estos alimentos ante la sequía.

Si bien en el presente trabajo no se profundizó en aquello que antecede o explica las transformaciones de las prácticas alimentarias que aquí se mencionan, podemos hacer algunas precisiones al respecto. La topografía y el clima semiseco no han favorecido actividades agrícolas en la región; las fuentes de agua permanentes, como los manantiales, no son suficientes para que las familias, o por lo menos la mayoría de éstas, puedan sembrar, además, en los últimos años ha disminuido su corriente y con ello ha aumentado la dificultad para la cosecha de alimentos. Tal actividad es, en las últimas fechas, cada vez más exclusiva de quienes tienen un predio cercano al manantial. Esto ha inducido a la disminución del consumo de alimentos de origen *natural*.

Estas situaciones planteadas: la imposibilidad de consumir alimentos naturales debido a los cambios climáticos, y, por otro lado, la imposibilidad de consumir alimentos de afuera, cuyo consumo depende de la capacidad adquisitiva de las familias, deriva en temas relacionados con la seguridad y la soberanía alimentaria<sup>83</sup>, un tema que sería oportuno abordarse posteriormente.

Además es necesario indagar en otras dimensiones: en los cambios de la dieta alimenticia de los jefes de familia, quienes salen a trabajar fuera de sus hogares<sup>84</sup> y de las mujeres que se han insertado en el mercado laboral en los últimos años,

---

<sup>83</sup> El término de seguridad alimentaria puede resultar confuso desde un punto de vista conceptual. Conforme a la definición alcanzada durante la Cumbre Mundial de la Alimentación celebrada en 1996 en la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la agricultura (FAO), "existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana". Obtenido de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342014000700014](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000700014). Consultado el: 08 de enero de 2019.

<sup>84</sup> En el caso de jóvenes y jefes de familia, quienes pernoctan durante casi toda la semana en sus lugares de trabajo –con quienes incluso no tuve mucha oportunidad de dialogar–, cabría indagar en el tipo de alimentación que llevan en sus lugares de labor.

pues son ellas quienes se han encargado tradicionalmente de la preparación de los alimentos.

### **3.7 Comentarios finales**

En este capítulo revisamos algunas características de las prácticas alimentarias de El Sabino de San Ambrosio. Vimos que se tiene predilección por los alimentos denominados *naturales*, pues se sabe que éstos son los que hacen bien al organismo. Veíamos que hay otra serie de alimentos denominados “químicos” a los que se les atribuyen propiedades “contaminantes”.

Profundizamos en las alteridades referenciales entre los médicos y la población sabinense en torno a ciertos alimentos como la azúcar y la grasa. Los conceptos equívocos de lo que la obesidad y/o gordura es; si para unos constituye un síntoma de enfermedad y para los otros “un cuerpo lleno de vida”. Se describió en qué consisten las medidas higiénico-dietéticas sugeridas por los médicos y cómo contradicen las prácticas locales que comprenden, en general, “el buen comer”. Indicamos que tales alteridades nos llevaron a explicar otros aspectos, como el de la falta de apego a las sugerencias dietéticas de los médicos, aunque no es el único elemento que explica tal renuencia.

Además, se indagó en los cambios que ha experimentado la dieta alimenticia en El Sabino. Encontramos que no podemos hablar de cambios profundos en la alimentación, pero sí de sustituciones de ingredientes, incorporaciones de alimentos, así como de una clara disminución en el consumo de alimentos de origen natural. Puntualizamos que queda pendiente indagar en los fenómenos externos que anteceden y explican tales cambios al interior de la comunidad, y sus efectos en las prácticas locales de alimentación.

## **Capítulo 4. Formas de control ante la diabetes**

La diabetes se considera una enfermedad incurable. En todo El Sabino de San Ambrosio es conocido que la diabetes “ya no se quita”<sup>85</sup>, únicamente existe la posibilidad de controlarla. El control de la diabetes consiste en “evitar que te siga dando diabetes”, es decir, prevenir que se desarrollen otras enfermedades, pues recordemos que, al ser una enfermedad crónica degenerativa, las personas que la padecen corren un mayor riesgo de desarrollar problemas graves de salud tales como: enfermedades cardiovasculares, ceguera, insuficiencia renal y amputación de extremidades inferiores.

En este capítulo se revisan los métodos a través de los cuales se está buscando el control de la diabetes en El Sabino. En general encontramos que hay actos terapéuticos con los que se busca combatir sus síntomas, mientras se procura su control, es decir, evitar que “te siga dando diabetes”.

### **4.1 De lo invisible: la relación dialógica con Dios y su efectividad terapéutica**

En el segundo capítulo exploramos lo que la esencia de Dios significa para la población sabinense y la relación de éste con el destino: ese proyecto innato, único y particular de cada persona. El destino es el flujo de lo que acontece tanto en la vida diaria como lo que define aquellos acontecimientos vitales y trascendentes, tales como la sanación o la muerte –para el caso que nos ocupa–. El destino es la disposición que Dios tiene para cada una de las personas en el mundo.

---

<sup>85</sup> Sobre si la diabetes se cura o no, hay una diversidad de polémicas declaraciones: “la diabetes es reversible”, “la diabetes tiene cura desde hace 15 años” “remedios caseros para quitar la diabetes en 30 días”, sin embargo, en la mayoría de las fuentes oficiales, encontramos referencias únicamente de su control o prevención.

Se puede dar cuenta de lo significativa y relevante que es la figura de Dios para esta población en las múltiples alusiones que se hacen en torno suyo, dentro de las conversaciones sobre cualquier tema. Las expresiones denotan ese carácter de causa y fundamento de lo que acontece y les acontece: “Cuando estábamos en el hospital, gracias a Dios la gente ahí sí sabe lo que es, lo que dice la biblia yo creo, llegaban a dar café, tamalitos” (2016), dice Don Genaro, agradeciéndole a Dios la bondad de las personas que conoció en esa situación complicada. Doña Micaela menciona: “a mi esposo todavía mi papá Dios y la santísima virgen no se lo quieren llevar” (2016), dándole explicación al hecho de que su esposo continuara con vida a pesar de la edad y las enfermedades que padece.

Por tanto, Dios omnipresente y las ideas que lo constituyen, permean lo relativo a la enfermedad y la salud. Con esto tenemos que las prácticas terapéuticas, el efecto tanto de los medicamentos y las plantas medicinales, tendrán eficacia solo si así está prescrito en el destino de la persona; lo que acontezca dependerá de lo que en él esté proyectado, por tales motivos se cobra conciencia de Dios en estas circunstancias: “Pues sí, porque a uno le alcanza apenas para comer y luego para estar pagando, ya mejor poner su fe en Dios, ya si se cura uno, ya con la medicina que le toque (Nuera de Doña Paula, 2017).

Decíamos en torno a la muerte, ésta es aceptada como un hecho natural, un acontecimiento inminente, sin embargo, su momento y causa, de igual modo dependerá de la determinación divina. La voluntad de Dios no se elude ni se objeta, lo que propicia que la muerte se asuma con una suerte de serenidad.

A Dios se le reconoce como un ser que concede y atiende a las súplicas y peticiones de los devotos. Doña Fema comenta con certeza: “el de allá arriba es el que dice cuándo”, refiriéndose a cuándo será el momento de la muerte- ¿Quién? – le pregunto-, “pues Dios nuestro señor”. Continúa: “esa enfermedad no la cura cualquiera. Mientras tengas fe en Dios, no te mueres. No te mueres, pero pídele a Dios nuestro señor. Me iba a morir, pero me compuse, no tomé ni medicinas, ni

una medicina del campo, lo que tomé fue agua, tres veces tomé agua limpia, con esa me compuse” (2017).

Anita narra las reflexiones que ha hecho en torno a la enfermedad y la muerte: “Yo no me preocupó, de todos modos, me voy a morir algún día. De todos modos, el que no tiene nada se va y el que está enfermo se queda”, dice haciendo alusión a esa suerte de contingencia que parece presentar cada caso, pues hay personas que se cuestionan porqué ante formas similares de conducirse frente a la diabetes, hay quienes enferman más rápido o quienes parecen “no tener nada”, lo que termina por reforzar la idea de que la sanación o la muerte son resultado del designio divino que dispone algo distinto e impredecible para cada ser humano.

La población sabinense tiene una relación dialógica con Dios, pues se le puede pedir y él concede: “Sí se compuso mi hija, gracias a diosito y a la virgencita, sí la trajimos con vida” (Micaela, 2017). El modo de entrar en contacto con Dios son la oración y la meditación. La oración implica fe<sup>86</sup> y voluntad, tiene su efecto esencialmente en el alma, pero también puede tenerlo en el cuerpo.

Las personas relatan cómo las oraciones propias o de terceros propician, paz y tranquilidad emocional: “yo creo todo eso me ha ayudado [las visitas y oraciones que han ido a hacer a su casa las personas que conforman la “Legión de María”<sup>87</sup>] porque yo ya no estoy tomando nada de medicina, me ayudan todas esas oraciones. Eso me hace bien, me gusta que vengan, le digo que me quedo bien tranquila. No estoy sola, Dios me acompaña, es lo que digo yo, no estoy sola en mi casa porque Dios me ve” (Paula, 2017).

Micaela describe los efectos que ha tenido la oración en su vida: “Pongo mi mano en Dios, no me deja ni de día, ni de noche, nada más mi oración está ayudando,

---

<sup>86</sup> Dentro de la teología cristiana la fe es una virtud: la fe [es] la certeza de lo que se espera, la convicción de lo que no se ve (Hebreos 11:1) “Si tenéis fe, tenéis esperanza en cosas que no se ven, y que son verdaderas” (Alma 32:21). “La fe es un principio de acción y de poder. Cuando nos esforzamos por alcanzar una meta digna, estamos ejerciendo la fe, porque demostramos nuestra esperanza en algo que aún no podemos ver”: Obtenido de: <https://www.lds.org/topics/faith?lang=spa&old=true> Consultado el 25 de julio del 2018.

<sup>87</sup> La Legión de María es un grupo conformado por fieles católicos de la misma comunidad que se dedica a visitar a los enfermos y hacer oración por ellos.

nada más mi oración, día con día, noche por noche. Si no tengo sueño, me pongo a rezar, hablo a mi papá Dios, la oración vale mucho, hasta ahorita estoy rezando tres veces al día, cuando está mi dolor fuerte no puedo rezar” (2017).

Doña Paula piensa en Dios constantemente, en su relación con él encuentra aquello que no se obtiene entre la agencia humana o lo terrenal: “Le pido a Dios que le dé paciencia a mi hija para mí y a mí para ella”, pues comenta que ha sido difícil, tanto para ella como para su familia, sobrellevar la enfermedad con todas sus complicaciones.

Al preguntarle a la Señora Esperanza qué hace para sentirse mejor, responde: “a diosito le pido por mi salud, es lo bueno. A Dios se le pide también la fuerza necesaria para llevar la enfermedad, le pido que me de fuerza” (2017).

La biblia es otro de los medios a través del cual se puede acceder a Dios y al contenido moral de la religión: “Sí, la biblia, cuando como que me siento bien triste me siento media hora a leer, ya nada más que se cansó mi vista” (Anita, 2016)

La relación con Dios parte de la fe en su existencia omnipresente, las formas de entrar en contacto con él, son la oración, la meditación y la lectura de la biblia, sus principales peticiones y efectos son la fuerza, la voluntad, la esperanza, la paz y la tranquilidad, lo que compensa los efectos de las emociones perjudiciales que llenan el cuerpo de enfermedad.

## **4.2 La función de la familia en el contexto de la enfermedad**

Mientras Dios y su designio son el fundamento de lo que acontece, entre lo terrenal, la familia se constituye como una figura esencial en la vida de las personas, debido a su relación consanguínea y/o afectiva, hay un intrínseco involucramiento entre sus integrantes; lo que le suceda bueno o malo a uno,

afecta a sus miembros. Así, la familia tiene la capacidad de ser una fuente que impulsa el deseo de propiciar la salud y, por tanto, mantener la vida.

La familia está conformada por aquellos con quienes se tiene parentesco, principalmente consanguíneo, con éstos se comparte y se organiza la vida en general y, por tanto, son ellos de quienes se dispone para sobrellevar las situaciones complicadas que se van presentando. La siguiente narrativa deja ver cómo se imbrican estos elementos que hemos estado retomando: la continuidad y acontecimientos de la vida mediados por el designio divino, y ante eso, la familia como lo que impulsa la voluntad de buscar la salud.

Yo luego me pongo mala y digo: -yo sí voy a obedecer al doctor porque todavía tengo mis hijos, si no ya me hubiera muerto, luego uno piensa muchas cosas, como que ya no le dan ganas de vivir a uno ¿A dónde va a ir uno cuando Dios no lo busca? porque cuando quiere se lo lleva a uno. Yo sí acepto mi enfermedad, sí quisiera curarme, pero mi cuerpo no presta. Cuando uno no siente nada [se refiere a cuando le dijeron que tenía diabetes, pero que ella aun no experimentaba ningún síntoma], te vale. Yo les digo a mis hijos: ¿si yo me muero qué va a ser de ustedes? mejor me voy a curar. No crees que la diabetes se pone grave, yo no creía nada, pero cuando te pone [mal la diabetes] ahora sí lo vas a cuidar. Yo nada más pienso en mis hijos, nomás pienso por ellos (Anita, 2016).

Don Venancio hace una remembranza de todo aquello en lo que pensó cuando supo que padecía diabetes, y relata: “Cuando el doctor me dijo que tenía diabetes, yo dije –ya ni modo, de todos modos, me tengo que ir [morir], de algo me he de morir. Tenía mis muchachas en la secundaria, en el bachiller, ¿si yo me muero cómo le vamos a hacer? le dije a mi esposa: no los muevas, no los saques [de la escuela]” (2017). Don Venancio explica que fue la situación en la que se encontraba su familia lo que lo motivó a tratar de solucionar sus problemas relacionados con la enfermedad, entre éstos la imposibilidad para trabajar.

El tema de la familia ha estado más o menos presente a lo largo de la tesis, cuando revisamos la etiología sabinense de la diabetes, encontramos que en la *acumulación de preocupaciones*, antecedente de la diabetes, estaban implícitas

casi siempre, preocupaciones relacionadas con situaciones familiares que hablaban de tristeza, coraje, etc.: “era sorpresa, era de susto, de coraje, de pensar en sus hijos, en algo y les daba enfermedad” (Teresa, 2017).

Como ya se señaló, la relación afectiva entre los miembros de la familia, y la convivencia intrínseca, implica que lo que le suceda a uno terminará por afectar de cierto modo a los demás integrantes, no solo a nivel emocional, aunque quizá es la dimensión que más tiene relación con la enfermedad, por tanto, los interlocutores vinculan constantemente estas situaciones familiares – caracterizadas por “las penas” causadas por sus demás integrantes– con la enfermedad.

Doña Paula habla sobre cómo era la situación de su familia hace algunos años y sobre el desinterés de su esposo por cuidar su salud. Termina por relacionar esta realidad familiar con la enfermedad: “Él (†) no se fijó de su vida, de sus hijos, no dijo ‘voy a cuidar mi vida, voy a trabajar, voy a cuidar mis hijos’. Yo por eso les digo a mis hijos que ya no tomen, porque no nada más ustedes van a sufrir, van a sufrir los niños, su familia, la gente se enferma y es muy mal eso, sufren todos” (2017).

En el 2018 tuve una primera conversación con la Señora Guadalupe. Ella es reconocida en El Sabino como una persona que sabe mucho de plantas medicinales. Guadalupe padece diabetes desde hace varios años, comenta que a veces se siente bien y a veces mal. Enseguida relata qué le originó la diabetes:

La diabetes... que cuando se lleva un susto uno, por eso se hace así uno, o coraje, algún coraje que tenga uno, ya ves que la familia, hay veces que está bien o si no pues, bueno le pasa algo y uno de madre pues siempre tiene que... pues le duele porque es su familia, y por eso, eso no es nada [dice de la diabetes], es de coraje o de susto. Uno que está grande, tú... porque estás muchacha, si no tiene familia pues no se acuerda de nada, está a gusto, pero uno de persona grande es ahí donde está, tiene familia o no vive bien la familia, por eso viene esas consecuencias [dice refiriéndose a la diabetes]. Uno de grande, se preocupa uno,



no sabe si sus hijos viven bien o no, uno de mamá tiene que acabarse la vida con su familia.

Por tanto, lo que respecta a la familia, es una arista importante dentro del tema de la enfermedad en general, no solo por lo que se acaba de mencionar, sino también por el papel indispensable que ésta tiene en la vida de las personas que se encuentran en estado grave de enfermedad. Hay situaciones en las que el paciente –sobre todo en los casos de ceguera o diálisis, enfermedades que lo imposibilitan a llevar una vida autosuficiente–, demandan cuidados y atenciones de tiempo completo, esto sin ahondar en el costo<sup>88</sup> que implica para las familias. Como resultado de tales situaciones, tenemos una necesaria reorganización al interior del hogar, lo que repercute en otros aspectos de la vida familiar: el abandono escolar de las hijas e hijos, la inserción al mercado laboral (casi siempre en condiciones precarias) de las madres de familia, con el fin de satisfacer las necesidades y costos que la enfermedad implica.

De modo que la cohesión y estrecha relación afectiva entre los integrantes de la familia, puede fungir como un impulso para propiciar la salud, ser motivación ante las prácticas de cuidado concretas, mientras que, así mismo, los acontecimientos negativos entre las familias pueden llevar al estado contrario, a la enfermedad.

### **4.3 El sistema local de tratamiento de la diabetes**

La convencionalmente denominada medicina tradicional, que en este texto asumimos como saber médico local, hace referencia a todas aquellas prácticas que no forman parte de la “medicina hegemónica”. Mientras que la medicina hegemónica es definida por Menéndez como “el modelo médico instituido durante el siglo XIX en países europeos y americanos [y que] no es sólo producto del

---

<sup>88</sup> “Para pagar las medicinas unos de mis hijos cooperan y otros no, si no tienen, aunque quieran, por eso es que está bien difícil esta enfermedad, yo creo que se muere uno sin curar, pues los trabajadores no ganan mucho” (Paula, 2017).

desarrollo científico y profesional de la biomedicina, ya que sobre todo en su institucionalización y legitimación intervienen los sectores sociales hegemónicos” (2005, p. 11).

La medicina tradicional es comprendida como “la suma total del conocimiento, habilidades y prácticas basadas en las teorías, la creencia, y las experiencias indígenas en diversas culturas [...] utilizadas en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, la diagnosis, la mejora o el tratamiento de la enfermedad física y mental” (OMS, 2018).

En este punto asumimos que las *nociones* que hemos revisado: el desequilibrio frío-caliente, el concepto de fuerza, la noción de lo “contaminante”, lo “limpio”, lo “químico”, los conocimientos herbolarios y las prácticas de curación locales, dan sustento lo relacionado con el mantenimiento de la salud y el tratamiento de las enfermedades en El Sabino, todo esto en su conjunto “forma un sistema bien articulado, independiente” (Lévi-Strauss, 1984: p. 30).

Inicialmente tenemos que la mayoría de las personas en la comunidad poseen conocimientos herbolarios, particularmente las personas adultas, también hay a quienes se les conoce “por saber mucho de plantas medicinales”. El mal aire<sup>89</sup>, el

---

<sup>89</sup> El mal aire es un malestar que se presenta con frecuencia en la comunidad. En una ocasión visité la capilla de “Los mecos”, una de las cuatro que hay en toda la comunidad. Ésta en particular está dedicada a los antepasados, los antiguos Mecos. Al interior de la capilla había algunos alimentos (gorditas de maíz en tamaño más pequeño que el normal, agua, sal, cigarros, atole, maíz, chiles). Saliendo de la capilla me encontré con la señora Guadalupe, mientras conversábamos le pedí si me podía platicar acerca de los alimentos que había visto en el frente de la capilla, colocados junto a una cruz, al centro del altar. Comenzó a explicar que los alimentos que había ahí eran ofrendas para los abuelos Mecos, continuó explicando: “Como nosotros somos creyentes de eso, pues si te duele la cabeza, te duelen los pies, vas con alguien a que te haga un masaje de pirul, te van a decir –¿sabes qué? esa señora te regañó, ella te está pidiendo un ritual- como dicen, que le laves esquite [maíz crudo y lo cosen en el comal] o va a decir –sabes qué, quiere que le laves atole-, pues tú le haces un atole y le llevas un atole de masa, eso es lo que le vas a traer”. Le pregunté por qué había cerrillos y cigarros: “Porque los mecos antes fumaban, por eso le traen cigarro, le traen gorditas, le traen atole, le traen chiles, cerveza, su vino, café, lo que uno consumía y como ellos dicen que son mecos, no está el principal, ¿qué sé yo? Nosotros, nuestra creencia cuando decimos que nos regaña, nos empieza a dar vomito o dolor de cabeza, según los difuntos, los antepasados, ya nos regañó ellos, porque nos duele mucho nuestra cabeza, nuestro estómago, ya nos dio vómito, síntoma de vómito, ya nos dieron un masaje de pirul, té de pirul”. Le pregunté quién debe de dar el masaje de pirul: “pues uno, su familia sola hace el masaje cualquiera lo puede hacer. Como a veces mis hijas cuando están así -mamá me duele mucho mi estómago, no sé quién me regañó, me duele mucho mi estómago, me da mucho vómito- ya llega, le doy un masaje de pirul, le digo: te voy a dar un masaje para que te compongas, -pero como que no me quiero

espanto, el vómito, la diarrea, el dolor de cabeza, el dolor de estómago, son algunas de las enfermedades y malestares que son tratados con las plantas y métodos locales.

En el paisaje de El Sabino predomina el árbol de mezquite y el pirul, ambos son usados con fines terapéuticos, especialmente el pirul, del que incluso, debido a sus múltiples propiedades curativas, se dice que es el árbol “doctor”. Éste es utilizado para curar el mal aire y quitar el dolor de cabeza, para esto se cortan ramas de pirul y se pasan por encima del cuerpo de la persona con el malestar, o puede beberse en té, poniendo a hervir tres o cuatro hojitas del árbol: “Cuando te duele la cabeza ahí tenemos nuestro doctor, es el pirul, ya sea tomado o untado” (Esperanza, 2017).

El epazote es otra de las hierbas más utilizadas, éste cura el espanto, se prepara y consume en té. El marrubio ha sido empleado específicamente para el dolor de cabeza o de estómago, se consigue en la comunidad, pues crece en el cerro.

Se habla también de algunas plantas que han dejado de usarse debido a que ya no se dan en la región. Tal es el caso del pestó: “ese lo ponían a serenar<sup>90</sup>, lo molían en el metate y se lo tomaba uno para el espanto. Pero ahorita en dónde vamos a encontrar esa rama, ahorita están bien secas todas las cosas. Antes sí había, pero ahorita ya no”, explica Guadalupe (2018).

---

componer-, entonces te voy a hacer un té y ya dice: –mamá, ya me compuse-, y ya le digo: –te dije que te habían regañado los difuntos, te regañan cuando hayas comido algo, por ejemplo, si acabas de comer y pasas por una capilla. La ofrenda la traes cuando ya te acaban de masajear, ya cuando te dijeron que es el meco el que te regañó, ya es cuando tú vienes”. Le pregunto ¿Eso es con todas las enfermedades? –“Nada más con el aire, con el mal aire que decimos nosotros, es cuando te regañan, ese es el mal aire, ese [el aire] es lo que te trae eso. Traer ofrenda, traer una veladora, a la hora que sea”. - ¿Hay unas cruces también? -Le dije- Pues las cruces a ellos son a los que se los traen, a ellos, se persigna y reza quien sabe rezar, el que sabe persignarse, el que sabe hacer una oración, toda la gente sabe persignarse, pero una oración no la sabemos todos.

Entré en confusión sobre si la cruz y los antepasados mecos son agentes distintos, a lo que me respondió: “La cruz, ese es su antepasado, esa es la que representa la persona” - ¿A qué persona, a sus antepasados? ¿y los mecos? - pues ellos también son los antepasados.

<sup>90</sup> Serenar las plantas que van a ser consumidas en té para tratar algún malestar o enfermedad es una práctica común en El Sabino. Consiste en poner la planta o hierba que se va a tomar, expuesta al medio ambiente para que se moje con el rocío (sereno) que cae poco antes del alba.

A la fecha no hay una planta específica para tratar la diabetes, sin embargo, a fin de combatir algunos de sus síntomas y malestares, se usan las plantas y hierbas ya conocidas, también se ha comenzado a explorar la eficacia de algunas otras. La cascara de tomate y la chaya<sup>91</sup> son dos componentes naturales de uso reciente, pues se han extendido las experiencias de su efecto positivo en el control de la diabetes: “Los que ya tiene más años me platican que de ese”, dice Esperanza refiriéndose a la cascara de tomate.

En general encontramos que cada persona mezcla y alterna de manera diferenciada las plantas del campo; cada persona sabe bien qué té le favorece para cada malestar, de modo que se van constituyendo modos particulares y personales de tratar la diabetes. Por ejemplo, la señora Guadalupe explica sobre un té que se prepara cuando los medicamentos no le han hecho efecto: “luego otras hierbas que lleva, le pongo simonillo, la prodigiosa o si no un pedazo de mezquite, o si no otra hierba que traigo del campo, y ya ese me lo tomo, y ya me siento mejor” (2018). Le pregunto cómo se preparan estos tés, explica brevemente: “Las hierbas se hierven de pedacito de pedacito, un pedacito de cada cosa, y unos dos cojolitos y así, y se pone a hervir, y sí, les pones el marrubio, el simonillo, luego un pedacito de cada cosa y le pone al té y se lo toma”.

Micaela, por su parte, hace un recuento de las hierbas que toma invariablemente, con el fin de mantener controlada la diabetes: “te voy a decir cuántas hierbitas: tila, albahaca, chaya, cascara de tomate. Diario, diario, no descanso de hierbita” (2016).

En el caso de Esperanza, ella menciona de qué manera se cuida para no caer en cama o qué tés se prepara para contrarrestar algunos síntomas “ligeros” de la diabetes, para los cuales recurre a las plantas medicinales: “a veces pongo mi té de hierba para tomármelo, té de manzanilla, té de limón, hoja de guayaba. Cuando

---

<sup>91</sup> La chaya es una planta a la que se le atribuyen múltiples propiedades curativas, entre la población sabinense comienza a ser conocida, aunque poco utilizada, debido a que, al no ser parte de la flora local, es necesario que se cultive. En El Sabino hay quienes sí tiene en sus hogares, pero la gran mayoría no tienen acceso a ésta.

se siente uno, que se siente hinchado del estómago, puede tomar la manzanilla” (2017).

Por otro lado, tenemos, que además del conocimiento y empleo de la medicina del campo, el sistema médico local contempla prácticas terapéuticas, algunas como la ya mencionada ofrenda a los antiguos mecos, –que en su conjunto busca subsanar los malestares provocados por el mal aire– así como los métodos empleados por aquellos que saben curar. En el Sabino no existe una denominación diferenciada en otomí para curanderos o médicos tradicionales, se refieren a ellos como *Ya hö’i podi da yede ki ya paxi dega campo*: “las personas que saben curar con plantas del campo”.

La labor de los que saben curar se caracteriza o caracterizaba por tratar los malestares con tés y plantas que se tienen a la mano, se dice de algunas personas que sanaban por medio de su propia saliva. Doña Paula relata de qué modo curaba a sus hijos en el pasado: “no, pero esa señora nada más curaba con el pirul, porque yo siempre llevaba ahí a mis hijos cuando se ponían graves de la diarrea, de la calentura, del vómito, no falta, nada más los curaba con la saliva, con el pirul, ya con eso sanaba” (2017).

Las formas de curación aplicadas por los que saben curar poseen características particulares, diferenciadas de los métodos aplicados por los médicos que los atienden. Entre las diferencias señaladas por los interlocutores respecto a la labor de estas personas y la desempeñada por los médicos, está el hecho de que cada uno cura o trata enfermedades distintas. Gabriel Sánchez mencionaba: “A los doctores si uno les dice de espanto, ellos no saben, los curanderos sí, esos sí saben” (2016). Mientras que los que saben curar, sanan de espanto, de dolor de cabeza, vómito, diarrea, entre otros malestares, los médicos tratan enfermedades

de “gravedad”: “mi esposo sabe curar, pero que no sea de gravedad, no sabe curar de la diabetes”, dice una interlocutora de la comunidad<sup>92</sup>.

Considero que el sustento del sistema médico local se encuentra en la relación que tiene con la naturaleza: el uso de las plantas del campo, el empleo de los elementos propios del cuerpo para sanar -la saliva, las manos etc.-, ya mencionábamos en capítulos anteriores que todo aquello que tienen relación con los elementos naturales tiene mayor consistencia, trascendencia y valor para la gente de El Sabino.

Sin embargo, se ha señalado con anterioridad, que las prácticas de sanación llevadas a cabo por los que saben curar, han ido cayendo en desuso, aun cuando han sido de vital importancia dentro del sistema médico local. Entre las explicaciones que los interlocutores le dan a este fenómeno, está el hecho de que las personas que sabían hacerlo fueron muriendo; dicho conocimiento ya no fue retomado por las nuevas generaciones<sup>93</sup>.

---

<sup>92</sup> Él es una persona que sabe curar, aunque la población de El Sabino no se trata por medio de sus métodos, que son una mezcla de medicina tradicional y conocimientos de otros métodos que conoció con médicos tradicionales de otras partes del país, que se diferencian de la tradición local.

<sup>93</sup> Otro de los métodos de tratamiento presentes en El Sabino es la denominada “brujería” o “magia negra”. De este no se dice mucho, se habla con una especie de discreción y suele cuestionarse su efectividad. Cabe señalar que para los interlocutores pareciesen no estar muy claros los límites entre qué prácticas de curación deberían ser consideradas brujería y cuáles no. En el contenido de la concepción católica y el contacto que la población tiene con esta perspectiva se pudiera explicar este distanciamiento. Los interlocutores que están en contacto con misioneros y predicadores de la iglesia católica han comentado acerca de la relación que éstos suelen hacer, tanto de su práctica como de su usanza, con la noción del pecado. Pues desde esta perspectiva, se insiste en que al tener Dios injerencia en todas las dimensiones de la vida, la tiene, por tanto, en lo que concierne a la salud y la enfermedad (tal como lo hemos venido diciendo), así que los predicadores promueven que la fe en Dios y la infalibilidad de su poder, la oración y la petición son los recursos a los que deben atenerse, en primera instancia, en caso de enfermedad, y no a estas otras formas de curación. “Aquí, este padre, casi no quiere, no dice que vayas, dice: - si tienen fe a diosito es quien les dio su salud, con eso se curan-. La brujería te va a decir, te va a decir esto, te va a decir lo otro, que te hizo esto tu hermana, que te hizo otra gente y ahí vas” (Paula, 2017) Esto podría explicar, en parte, el distanciamiento de las formas locales de curación, empleadas por los que saben curar, pues desde la perspectiva de la religión se habla arbitrariamente de estos métodos de tratamiento de las enfermedad, y en la práctica, la población ya no identifica a cuál se puede recurrir y a cuál no. “Dicen que esa es magia negra, la que es mala, y la magia blanca es la que es buena, pero para saber cuál, para saber quién es. Yo ya no sé qué pensar, hay gente que me dice –vete [a tratarse con gente que cura], al fin que tú lo haces por tu necesidad, por tu enfermedad, ya con que no hagas mal de la gente, porque hay mucha gente que nada más va a pedir mal por una persona, ese es el pecado, es la que no está buena. Si tú vas por interés de tu salud, para que te compongas, yo creo que no es pecado, dicen” (Paula, 2017).

Por otro lado, los interlocutores explican que la labor de dichas personas ha sido poco a poco desplazada por la desempeñada por los médicos; se reconoce que actualmente se curan casi exclusivamente con el doctor: “Ya se acabaron esas personas que sabían curar de espanto. Antes cuando un espanto, se curaban de medicina, pero de medicinas naturales, de campo, no de doctores. Ya ninguno quiso aprehender, no costaba de decirle que éste [refiriéndose a las prácticas de curación] se hace así, se fueron [murieron] todas las gentecitas que sabían curar de espanto, de diarrea, ya no existen las personas” (Genaro, 2017). En el mismo sentido comenta Doña Esperanza: “ya no hay gente de esa [dice refiriéndose a los curanderos] ya ahorita puro doctor”.

Hay personas que consideran que podría haber relación entre el aumento de diabetes y el que ya no haya personas que curen de espanto, pues recordemos que dentro de la etiología sabinense, la diabetes resulta, esencialmente de la experiencia de un susto o de las preocupaciones: “había una señora que tenía a su hijo enfermo, dice que lo curó de espanto y se compuso, más antes había gente que sabía curar”. Comenta Doña Paula: “No busqué una persona que me echara algo para componerme, me preocupaba mucho, yo creo que por eso avanzó mucho la enfermedad, pero sí una de tonta que no sabe” (2016).

#### **4.4 Tratamiento de la diabetes desde la medicina alópata**

Vimos la importancia del sistema médico local, caracterizado por su conocimiento práctico en el tratamiento de ciertas enfermedades y malestares. Por otro lado, está el conjunto de prácticas propias de la medicina alopática derivadas del “sistema médico científico”, aplicado por los médicos que han estado atendiendo la región de Higueras. Algunos aspectos de este modo de tratamiento se han revisado someramente en otros capítulos. En general, este modo de control de la diabetes está constituido por tres prescripciones elementales, las que, a fin de controlar efectivamente la diabetes, deben atenderse de manera simultánea:

1. La persona con diabetes debe seguir un régimen alimenticio que establece qué alimentos consumir y cuáles evitar: no consumir mucha tortilla, no consumir azúcares, ni grasas, comer verduras y frutas, carne de pescado, etc. Dicho régimen determina las porciones de alimentos que deben consumirse: comer de 2 a 3 tortillas menos de lo que se acostumbra comer, si se comía dos platos de frijoles ahora se debe comer 1 ½, por ejemplo. Además, sugiere cuántas comidas hacer al día: comer de tres a cinco veces, preferentemente.
2. Los pacientes deben tomar dos medicamentos<sup>94</sup> principales: la metformina y la glibenclamida, entre otros (bezafibrato<sup>95</sup>, pravastatina<sup>96</sup>). Estos medicamentos son suministrados en cada una de sus citas médicas. La cantidad y diversidad de medicamentos que se consumen puede variar dependiendo de cada caso, si la persona padece otras enfermedades además de la diabetes.
3. Los médicos sugieren conjuntamente la realización de actividad física para evitar un estilo de vida sedentaria<sup>97</sup>.

Cabe indagar cuáles han sido las respuestas de la población ante tal método de tratamiento. En lo que toca a la alimentación, veíamos las dificultades con las que se han venido encontrando los interlocutores al intentar adoptar dicho régimen

---

<sup>94</sup> En El Sabino los medicamentos son abastecidos por la farmacia móvil que arriba a las comunidades con la caravana de salud. En cada consulta se les da el medicamento que se necesite, según cada padecimiento.

<sup>95</sup> Es utilizado en los trastornos del metabolismo lipídico (triglicéridos, colesterol o ambos) cuando no son suficientes las medidas dietéticas; dislipidemias tipo IIa, IIb, III, IV y V de Fedrickson. Obtenido de: [http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi\\_2k8/prods/PRODS/Bezafibrato.htm](http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Bezafibrato.htm). Accedido el 21 de mayo de 2018.

<sup>96</sup> Se utiliza en pacientes con enfermedad coronaria e hipercolesterolemia grave o moderada para retardar la progresión de la enfermedad arterioesclerótica y para prevenir el infarto agudo de miocardio. Obtenido de: [http://www.facmed.unam.mx/bmd/gi\\_2k8/prods/PRODS/Pravastatina%20s%C3%B3dica.htm](http://www.facmed.unam.mx/bmd/gi_2k8/prods/PRODS/Pravastatina%20s%C3%B3dica.htm). Accedido el 21 de mayo de 2018.

<sup>97</sup> El sedentarismo es definido como inactividad física. Según la OMS, al menos el 60 % de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud. Esto se debe en parte a la insuficiente participación de actividad física durante el tiempo de ocio y a un aumento de los comportamientos sedentarios durante las actividades laborales y domésticas. El aumento del uso de los medios de transporte “pasivos” también ha reducido la actividad física. Disponible en: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_inactivity/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/). Accedido el 16 de julio del 2018.



alimenticio “idóneo”, algunas derivan del hecho de que no todas las personas pueden acceder al tipo de alimentos sugeridos.

Revisamos también los conceptos equívocos entre ambas concepciones, la de los médicos y las formas locales: veíamos la cuestión acerca de lo que para unos implica “comer bien” y lo que supone para los otros; esta necesidad de sentirse satisfechos con los alimentos que se tienen a la mano; lo que se puede consumir según las posibilidades de cada familia, que no es similar, sino opuesta a la prescripción sobre las cantidades y porciones sugeridas por los médicos.

Analizábamos el equívoco en torno las características de los cuerpos “sanos”, y con ello, una divergencia entre si un cuerpo con determinadas características es considerado obeso o con sobrepeso, o si desde la perspectiva nativa sería considerado un cuerpo “sano” o “lleno de vida”.

En lo que concierne a la segunda prescripción, la del insumo de medicamentos, (importantísima dentro del método de tratamiento alopático), éstos al igual que la medicina del campo poseen cierto grado de eficacia. Las personas se han adherido parcialmente a su uso. A los medicamentos se les ha comenzado a definir según nociones y criterios locales, desarrollados, como sucede en la mayoría de las situaciones y acontecimientos, a partir “la intuición sensible” (Lévi-Strauss, p. 33), de la auto-observación de las sensaciones corporales ¿cómo se siente el cuerpo tras su consumo? Así, encontramos una diversidad de referencias y opiniones al respecto.

De inicio los interlocutores expresan que, a diferencia de la medicina del campo, no se sabe qué son los medicamentos, de dónde provienen, de qué están hechos. Ya comentaba en una ocasión María: “Las pastillas quién sabe cómo las hagan, tú no sabes, y lo del campo sí sabes, tú lo preparas” (2018). Es una condición importante, parecida a la que se busca en los alimentos, el origen o relación que pueda tener lo que se ingiere con la naturaleza o sus elementos, además de la importancia de participar en su elaboración, pues así se conoce cómo y qué es aquello que se está consumiendo.

Una característica esencial atribuida a los medicamentos es que éstos poseen una fuerza similar a la de los alimentos y las bebidas, una fuerza de tipo transitoria, los medicamentos ayudan a sentirse con vigor durante unos momentos, pero después vuelve la condición de debilidad.

Otra de las conclusiones a las que han llegado los interlocutores, es que el “excesivo” consumo de medicamentos no es favorable para el organismo, esto tras el hecho de que se ha vuelto una práctica común que algunas personas “deban” tomar de 4 a 5 pastillas distintas. Tras este cuantioso insumo de medicamentos, se han comenzado a experimentar reacciones adversas, lo que ha inducido a la auto-regulación.

La gente determina por cuenta propia qué cantidad es prudente consumir y con qué frecuencia hacerlo (ya no cada 8 o 12 horas como lo indican los médicos), se explora las sensaciones corporales y se atiende a estas reacciones: “Cuando, me siento mal tomo [medicamento] de mañana y de tarde, y cuando no, nada más de tarde” (Reyna, 2017).

Don Genaro es descriptivo y se entretiene dando los detalles acerca de qué es lo que antecede a sus decisiones, dejando ver su punto de vista respecto a los medicamentos y cómo es que los consume:

Me siento tranquilo. Yo siempre voy a Tolimán a checarme mi sangre, cada dos meses, y tengo las pastillas, digo, para controlar más o menos, ahora si para decir que ya con esas pastillas ya, ¡noooo!, es un control, nada más. Las pastillas metformina y glibenclamida, nada más que casi ya no tomo porque también hacen mal. Hacen [mal] porque como son de química y posiblemente que también pueda enfermarse uno, un poquito más delicado de la enfermedad del diabetes, ahorita por lo regular me tomo uno, la metformina, hoy en la noche para dormirme y hasta el otro día me tomo el otro, porque no hay que tomar seguido. En estos días me dieron unas pastillas, yo dije no, cuatro clases de pastillas hay que tomar cada 12 horas, ¡yo dije no!, es mucho, no, no, no, no. Mejor ahí tanteando, pero casi cada 24 horas, porque si no ¿qué sucede? Que después uno se pone más mal.

Son muchas las narrativas que evidencian la ambivalente función de los medicamentos y cómo éstos interfieren con otros procesos corporales vitales, por lo que parecieran terminar por afectar el estado de salud: “cuando tomo muchas pastillas como que no tengo hambre, me mareo, me duele mucho mi cabeza” (Clementina Sánchez de Santiago, 2016). Así que mientras hay narrativas que hablan de sus beneficios, encontramos muchas otras que evidencian sus efectos nocivos.

Recordemos que de acuerdo a lo que revisamos sobre los medicamentos y su clasificación dentro de la taxonomía frío-caliente, éstos son considerados de naturaleza caliente, lo que provoca malestares y afecciones, aseguran los interlocutores. La señora María señala al respecto: “la pastilla que le dio el doctor [a su papá], estaban bien fuertes, le deshicieron su hígado, estaban bien fuertes, yo creo que de ahí murió, no duró mucho tiempo” (2016).

La inyección de insulina<sup>98</sup> se ha vuelto en muchos casos una práctica “necesaria” y las experiencias, de igual modo, hablan de un efecto no necesariamente benéfico. Relata Clementina: “en un tiempo me pusieron [insulina] pero duele mucho, te carcome la carne, me quedó como hoyo, me dolía mucho, no podía ni dormir”. Micaela de León comenta: “nunca me puse insulina, no, eso si no, me da miedo [la] ampolleta, me da miedo cochizada” (2016).

Finalmente, otra característica de este componente del método de tratamiento alopático, es que podría definirse por su pragmatidad, diferenciado, por ejemplo, de la serie de acciones que se deben seguir para el insumo de la medicina del campo. Dicho de manera sencilla, la ingesta de medicamento solo se acompaña de un sorbo de agua, mientras que la preparación de la medicina del campo demanda mayor tiempo y procedimientos. Al respecto Anita explica: “me tomo mi

---

<sup>98</sup> La insulina es una hormona producida por el páncreas que le permite a las células usar el azúcar o glucosa derivada de los alimentos que se comen diariamente, de esta manera las células reciben la energía necesaria para funcionar. Los pacientes de diabetes dejan de producirla, por tanto, parte del tratamiento médico implica la inyección de insulina. El suministro regular de insulina es esencial [para el tratamiento, desde la medicina alópata]. Disponible en: [https://www.who.int/diabetes/action\\_online/basics/es/index1.html](https://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html). Accedido el 16 de noviembre del 2018.

pastilla, tengo que poner el nixtamal, mi fríjol, guisarlo, lavar, barrer, trapear, se me va todo el día, ya me fastidie de tomar hierba, a veces me da huevonada, a veces no tengo gas, y como la pastilla, solo tomo agua” (2017).

Del tercer componente, el de la ejercitación, tengo varias observaciones. Considero que el estilo de vida actual en El Sabino no podría caracterizarse como una forma de vida de tipo sedentaria. Sin embargo, es innegable que la comunidad ha entrado en una dinámica distinta en los últimos años, sobre todo a partir del abastecimiento en la región de determinados servicios, lo que ciertamente ha derivado en la transformación y simplificación de algunas de las actividades de la vida cotidiana más básicas, impactando directamente en la disminución de la actividad física realizada por la población.

Un ejemplo de esta disminución de la actividad física lo tenemos en que el abastecimiento de transporte público, tanto de las comunidades a la cabecera municipal como entre las comunidades, ha inducido a que el trasladarse de un punto a otro por medio de caminatas haya caído, en cierta medida, en desuso.

Los participantes describen una serie de labores que debían realizarse a fin de satisfacer ciertas necesidades domésticas: ir por el agua al manantial para cocinar, lavar, bañarse, beber, etc. o ir a lavar a los lavaderos que se localizan en el centro de la comunidad, actualmente tales labores son innecesarias debido al suministro de agua potable en todos los hogares. Podemos hacer alusión a otros ejemplos de este tipo, como que la crianza de animales, la siembra de huertos, buscar leña en el cerro para cocinar, etc., eran actividades de la vida cotidiana en las que había una ejercitación intrínseca, de las que actualmente se puede prescindir debido a que existen otras maneras de satisfacerlas<sup>99</sup>.

Ya mencionábamos en otro apartado que algunos de las personas reconocen, no tanto en términos de ejercitación, pero sí de movimiento, una fuente de salud. Al inicio del trabajo se consigna que para la población sabinense, la fuerza y el movimiento se encuentran en relación, pues veíamos que la fuerza es

---

<sup>99</sup> La leña, por ejemplo, la compran a personas que van a la comunidad a vender por montones de \$100.

indispensable para accionar al cuerpo, para ponerlo en movimiento, y el movimiento a su vez, ayudaba a restablecer la fuerza o acrecentarla. Asimismo, vimos cómo la ausencia de fuerza imposibilita el movimiento, los interlocutores describen la dificultad que experimentan al intentar realizar casi cualquier tipo de movimientos, o en general, al desempeñar las actividades de la vida cotidiana, debido a esta falta de fuerza: “Hay veces que me siento sin ganas, dice [el médico] qué porqué uno no hace ejercicio, dice [el médico] que uno se siente más mejor, pero no tengo fuerza”, dejaba ver Isabel.

Al final de una conversación con la señora Clementina, dice en tono de interrogación, indagando en las posibilidades: “¿Qué puede hacer uno? ¿Qué hierba [tomar para controlar la diabetes]? yo ya no aguanto, ni puedo caminar ¿Cómo voy a hacer ejercicio?” (2017).

#### **4.5 Las tensiones entre el sistema médico local y la medicina alópata**

La población sabinense, en su mayoría, es beneficiaria del programa PROSPERA, debido a que tras su incorporación obtienen, además de otros beneficios o derechos sociales, acceso a servicio de salud que es atendido por el Seguro Popular, esta amalgama de servicios de salud, en conjunto con el programa mencionado, su articulación normativa e institucional, establecen una relación específica entre la población sabinense y el modelo biomédico.

A lo largo de la investigación se ha indagado en aquello que subyace a los determinados modos de conducirse frente a la enfermedad. Sin duda alguna, esta dinámica en la que ha sido integrada la población a través del programa, ha tenido diversas implicaciones, una de ellas, de la que he venido hablando, es que ha establecido un contacto o modo de relación específico con las perspectivas y paradigmas del modelo biomédico, bajo una dinámica distinta, específica y particular, regulada por las reglas de operación del programa suscritas al esquema

de la “corresponsabilidad”. Reyna Martínez señala algunas cuestiones a este respecto, recurrentes entre los interlocutores, las cuales dejan ver cómo es esta dinámica entre la población sabinense con los médicos, ambos sujetos a lo establecido en las reglas de operación del programa:

¡Ay no! con las pastillas hasta como que me da mal de orine, ya mejor ni voy al doctor, mejor me tomo mis medicinas de campo. Sí voy al doctor, no seguido, porque si no me da muchas pastillas ¿yo para qué quiero muchas pastillas? Yo nomas, mejor le digo que no quiero pastillas, y luego se enoja porque no quiero pastillas. A la gente que va PROSPERA [beneficiarios de este programa] la hacen que se tome esas pastillas. Yo busco mi epazote y me tomo un vasito. Por eso me compro mi poleo en grano, así en la mañana lo pongo en el sereno, lo echo en agua, ya en la mañana lo pongo a tibir tantito y ya me tomo. Si uno le dice a los doctores que toma esto [refiriéndose a las plantas medicinales], se enojan, dicen que no es cierto [niegan su efectividad]. Ya cuando le preguntan a la gente, la gente dice –no, no me tomo nada [de medicina del campo] (2017).

Derivado de tal dinámica, concluyo que tratar la diabetes o cualquier otra enfermedad desde los usos y costumbres de la biomedicina se ha convertido más que en una decisión consiente, en una suerte de obligación, la anterior narrativa deja ver estos dilemas.

Uno de los objetivos de esta investigación ha sido restablecer la simetría de los saberes y/o conocimientos, no solo como práctica académica, sino proponerla como el modo de relación en toda situación donde converjan diversas formas de conocimiento del mundo, donde haya interacción de éstas. Entonces cabe preguntarnos ¿qué es aquello que permite y establece la interacción entre los médicos alópatas y la población sabinense? pues hemos visto cómo tal interacción ha terminado por regular las prácticas locales.

Respondiendo a la anterior cuestión, partimos del hecho de que el Estado, a través del sistema de salud pública (bajo el reconocimiento de su función de brindar seguridad social a la población y garantizar el goce de sus derechos) funda el contacto entre los médicos alópatas y esta población. Sin embargo, el sistema

de salud pública, su conjunto de acciones: promoción, prevención y atención de las enfermedades, están basadas en el modelo biomédico. Decíamos que ese modelo actualmente ha sido adoptado en casi todo planeta.

Dicho lo anterior, es necesario indagar en la cuestión acerca de ¿qué le ha permitido a la biomedicina extenderse de esta manera, es decir, convertirse en el modelo hegemónico? Indicábamos líneas arriba que el modelo biomédico instituido durante el siglo XIX es producto del desarrollo científico y profesional. Al igual que en otros contextos, el predominio de la ciencia sobre otras formas de producción de conocimiento, deriva de su carácter de cientificidad; es su constitución moderna<sup>100</sup> lo que le ha otorgado legitimidad, además de contar con el apoyo de los sectores sociales hegemónicos, tales como el Estado.

Hemos venido asumiendo que no se pretende cuestionar *a priori* a la biomedicina, ni se pretende negar la efectividad de la ciencia, pues “las palabras ciencia, técnica, organización, economía, abstracción, formalismo, universalidad, designan muchos efectos reales que en verdad debemos respetar y de los que debemos dar cuenta (Latour, 2007, p. 168). Es innegable que la biomedicina ha resuelto muchos problemas relacionados con la salud y ha tenido resultados “positivos” en el tratamiento de muchas enfermedades.

Podemos señalar como ejemplos de lo anterior que cuando se indaga en las causas de muerte de las anteriores generaciones, los interlocutores apuntan que no tienen conocimiento de las causas<sup>101</sup>, sino hasta épocas recientes. Las personas reconocen que el sistema médico local no trata todas las enfermedades, y que se ha de recurrir a los doctores para tratar las enfermedades de “gravedad”: “¿Su papá o su mamá tenía diabetes? Yo creo que mi mamá sí porque como que salía mucho al baño, pero solo se tomaba la medicina del campo, ella nunca fue al

---

<sup>100</sup> “Cuando las palabras ‘moderno’, ‘modernización’ y ‘modernidad’ aparecen, definimos por contraste con un pasado arcaico y estable [...] designa un quiebre en el paisaje regular del tiempo” (Latour, 2007, p. 27). También refiere ‘a la producción de conocimientos científicos’ “a través de la experimentación y el razonamiento científico” (*ibíd.* p. 37).

<sup>101</sup> La narrativa deja ver cuál era la relación con la enfermedad en tiempos pasados; no había un diagnóstico, había dolores y síntomas. Me he ido encontrando con narrativas que evidencian cómo las personas morían sin poder acceder a un tratamiento médico que les permitiera curarse o reducir el dolor.

doctor, ya después le dolió su pie. Cuando se murió tenía bien negro alrededor del pie y como que todavía estábamos bien perdidos, decía que estaba enferma, que le dolía su cabeza, su estómago, sus pies, gritaba, lloraba... y ya en eso se murió” (Anónimo, 2016).

Sin embargo, lo que por ahora se pretende mostrar es que una concepción de la ciencia, en términos logicistas de valor de verdad, en el sentido de esencia última de las cosas, (Viveiros de Castro, 2010) ha llevado a la desvalorización de otras formas de conocimientos, pues desde este paradigma, éstos, para empezar, no son concebidos como conocimientos, sino que pasan a ser considerados como “creencias” o formas de pensamiento “irracional”. De modo que tal ordenamiento, de tipo asimétrico, implica una “superposición de los saberes” (Viveiros de Castro, 2010, p. 150), lo que termina por establecer una “manera particular de relaciones con los otros” (Ibídem, p. 151).

Así tenemos, como he argumentado a lo largo del texto, que la biomedicina (en calidad de ciencia) no abarca la totalidad de los conocimientos, empero, se dirige constantemente como si los poseyera. En una ocasión un médico que atiende en la cabecera municipal indicó bajo qué condiciones él les permitía a sus pacientes que ingirieran las plantas medicinales: “si sabemos de una planta que esté comprobada científicamente, la aceptamos”<sup>102</sup> (Anónimo, 2017).

Tal afirmación deriva del hecho de que los médicos (refiriéndome a los médicos que atienden la zona, -o por lo menos con los que he tenido contacto, además de tomar en consideración las narrativas de los interlocutores) no aceptan hasta el momento, ni los modos de explicación y concepción de las enfermedades, ni los modos locales de tratarlas. Incluso, hay paradigmas dentro de la misma biomedicina, que explican “científicamente” como la diabetes tiene origen en las emociones, principalmente en el estrés. Desde este paradigma, el tratamiento de

---

<sup>102</sup> En una conversación con el médico que atendía la región de Higuera entre 2016 y 2017, le pregunté qué consideraba acerca del uso de las plantas medicinales, a lo que respondió “si discernimos mucho [de su uso] y no estamos muy de acuerdo con ese tipo de tratamiento, porque básicamente el tratamiento herbolario no tiene una base científica, entonces no está controlado”



la diabetes incluye la ingesta de fitoquímicos<sup>103</sup>, e incluso, parte del tratamiento incluye tomar terapia cognitivo-conductual, a fin de tratar paralelamente las emociones, pues desde esta perspectiva éstas se consideran un elemento importante en el desarrollo de la enfermedad. Cabe señalar que, desde dicho paradigma, la enfermedad es, en algún punto de su desarrollo, reversible.

La desvalorización y prejuicios sobre los otros saberes tiene implicaciones reales. Doña Fema explicaba el modo en que se conduce a fin de no recibir los regaños y reproches de los médicos, quienes, ya explicábamos, generalmente les niegan e incluso les prohíben a los pacientes tratar la enfermedad con la medicina del campo<sup>104</sup>, al “carecer de fundamentos científicos”.

Me fui a la casa de esa señora” [una curandera de Tolimán] - ¿qué te pasó? – me decía -Tómame esto-, porque con las pastillas entré más [se enfermó más, asegura]. Con las pastillas no, como que me da ansia, como que me da asco, como que me entripa ¡me puso más mal! Me compuse con tés de mucha ramita, no sé qué rama. El doctor me dice que me quiere mucho, porque me dice - ¿ahora si tomaste tu pastilla? ¡ya te compusiste!,- pero no es por la pastilla, así le digo, porque si no, no me van a creer, así le tengo que hacer para que me crean (2017).

Lo anterior ha llevado, por su parte, a una suerte de banalización de las consultas médicas. Los interlocutores, a sabiendas de que los médicos no están de acuerdo con el modo en que explican y tratan las enfermedades, han optado por negar u omitir información, algo así como decirle al médico lo quiere escuchar. Esto ha terminado por limitar un diálogo transparente y fructífero entre los médicos y los pacientes.

---

<sup>103</sup> El término fitoquímico significa sustancias químicas de las plantas que, aunque no se consideran esenciales para nuestro metabolismo, son beneficiosas a largo plazo para nuestra salud. Existen más de 2.000 fitoquímicos en las plantas, que se agrupan en clases de acuerdo a su función y sus características estructurales, de los cuales se considera que los terpenos, los fenoles y los tioles, son los más estudiados. <https://www.inn.gob.ve/pdf/docinves/fitoquimicores.pdf>. Accedido el 27 de diciembre del 2018.

<sup>104</sup> ¿Usted usa remedios naturales? –“Antes sí, ya no, ya me fastidió, es que el doctor me dijo que no tengo que comer amargoso [otro modo de llamarle a la medicina del campo], es que dice que si uno come amargoso, es que va a perder su vista, por eso” (Micaela de León, 2017). Los médicos no sólo prohíben el uso de las plantas, también ponen en tela de juicio su eficacia.

Considero que todo lo anterior ha llevado a que las personas sean reservadas, en general, al expresar cómo es que están tratando la enfermedad. Me encontré continuamente con la negación rotunda del uso de la medicina del campo. Le pregunto a Cirila de León ¿toma medicamento?: “Sí, pero ora no me ha dado el doctor quién sabe por qué no nos dieron. Dicen que hay hierba para eso [diabetes], pero yo no pongo nada, no, nunca, ni mi mamá”. [...]. “Dice mucha gente que hay medicina de campo para curar, yo nunca pensé en buscar eso. Dicen unos que venden medicina de campo ya variada para el susto, para el espanto, de rama para la diabetes” (Esperanza, 2017).

Bajo tal modo de relación –basado en la imposición de un método sobre el otro y el escaso diálogo– hay quienes muestran miedo y desconfianza hacia los médicos. Decía en una ocasión la hija de Micaela: “A mi mamá le da mucho miedo el médico. Cuando le digo vamos a ir al médico, ella no va a dormir” (2017).

En las entrevistas que sostuve con los médicos que atienden en el centro de salud de Casa Blanca o en la cabecera municipal, me encontré con que ellos también tienen quejas hacia los pacientes, consideran que éstos son renuentes e “irresponsables” con el tratamiento y su enfermedad. Advertí que la relación no es armónica. Sin embargo, cabe señalar que en esta investigación no se profundizó en el punto de encuentro, en la consulta.

La asimetría con la que se conduce la ciencia, es decir, quienes la practican, no les permite poner en duda la eficacia de su método, mientras que la población no ha terminado de confiar en éste. Podemos afirmar que algunas de las desconfianzas derivan de los equívocos, por ejemplo, el que los medicamentos afectan la salud<sup>105</sup>, mientras que los médicos ven en los medicamentos la única vía para tratar las enfermedades, pero, sobre todo, tal desconfianza deriva de la escasa eficacia experimentada por la población con los tratamientos alopáticos.

---

<sup>105</sup> “Quien sabe de qué están compuestas las medicinas de médico, yo más antes he sabido que la gente no le hacía caso [a la diabetes], que era de susto de coraje [...] no iban al doctor, nada más medicina así cacera, y duraban hasta 100 años” (2016) Gabriel Sánchez.

Tenemos además elementos que permiten ver la afinidad que hay entre estas dos formas de conocimiento. Asumimos que el modo de conducirse de ambos apela a un mismo fundamento, el de la efectividad, en uno legitimada por su científicidad y en el otro por convicción empírica. Tenemos que en el segundo caso, la experimentación, la *vivencia* de los fenómenos y de las cosas, tiene gran relevancia, pues constituye el método que lleva a comprender y conocer lo que las cosas *son* y por medio de ello saber cómo proceder: “Ya lo viví, ya lo sé, por eso te lo estoy diciendo”, le dice María a su hija, quien no cree en la diabetes (2018)<sup>106</sup>.

Por los anteriores motivos, aunque los médicos desprestigien e incluso prohíban en cierta medida el uso de la medicina del campo, es difícil que con la sola sentencia y aseveración se reduzca la confianza y certeza de su efectividad, construida a partir de las experiencias concretas de sanación que la gente ha vivido por años. Aunque tal como había mencionado, esto sí ha inducido a la reducción de su insumo.

Todo lo anterior nos da elementos para concluir que tal interacción entre los médicos y la población sabinense no está resolviendo aquello que la justifica y fundamenta, es decir, tratar efectivamente las enfermedades. Así tenemos que ni el sistema de salud público, ni los médicos, ni los pacientes están cumpliendo satisfactoriamente sus objetivos. Lo que cabría entonces es proponer bajo qué formas alternativas debería darse esta relación, qué circunstancias permitirán que ambos métodos, al fin y al cabo, modos de pensamiento, se integraran con respeto, a fin de subsanar tales imposiciones y renuencias. ¿Qué forma de relación debe darse a fin de aminorar las incomprensiones bilaterales?

¿Bastaría -tal como propone Latour- con cambiar la concepción de las prácticas científicas para desvanecer las dificultades artificiales?, es decir, reducir “los resultados científicos a simples productos de construcciones locales y contingentes [,] para negar toda universalidad de la ciencia” (Bloor *apud* Latour,

---

<sup>106</sup> Vale la pena comentar que es común escuchar que la gente cree que no le va a dar diabetes, esto podría estar induciendo a que no se prevenga la enfermedad.

2007, p.154) y poner en evidencia cómo esas “particularidades del laboratorio” han terminado por ser “redes de poder”, “líneas de fuerza que realmente se extienden a través de todo el mundo” (Ibídem, p. 177), lo que nos “muestra con ayuda de qué instrumentos y qué cadenas se forman las asimetrías e igualdades, jerarquías y diferencias” (Ibídem, p. 165).

Para lograr el anterior propósito, que esta simetría de los saberes realmente pudiera practicarse en las relaciones concretas entre los individuos, es decir, entre los saberes, sería necesario que este cambio en la concepción de la ciencia fuese asumido en las pragmáticas de ambas dimensiones, la “moderna”, es decir por el sistema médico alopático, y la “no moderna”, esto es, por los conocimientos y prácticas locales, a saber, en todos los aspectos y ámbitos de esta red que hemos venido señalando: los médicos, las instituciones, el sistema de salud pública. Pues de seguir relacionándose bajo tales prejuicios, como señala Lévi-Strauss, “nos privaríamos [de inicio] de todo medio para comprenderlos” (1984, p. 30), y consecuentemente imposibilita la colaboración entre ambos métodos y modos de conocimiento.

La sugerencia es dejar “de ser moderno” (Latour, p. 188) a saber, dejar de asumir y reflexionar la realidad a partir de “verdades”, sustituir “cada una de las esencias por los mediadores, los delegados, los traductores que le dan sentido”(ídem), es decir, por todo lo que constituiría, desde esta perspectiva a lo antimoderno: “el alma, el espíritu, la emoción, las relaciones interpersonales, la dimensión simbólica, el calor humano, los particularismos locales, la interpretación, los márgenes y las periferias” (Ibídem, p. 179).

## 4.6 Comentarios finales

Nomás lo que me hace tantito provecho es hierba de té: sábila, chaya, ajenojo, flor de romero y tantito perejil, y para la presión, alpiste y agua de zapote, flor de peña, eso sí es medicina. Pero también tomo mi pastilla de presión [presión], tomo las dos cosas, pero esos nada más son calmantes, ya no se me va quitar porque están tiesos mis pies, está tieso mi estómago”

Micaela de León, 2018.

A lo largo de este capítulo vimos cómo en el tratamiento de la diabetes, las personas integran elementos propios del sistema médico local y del modelo biomédico, al final tenemos una concatenación del uso de la medicina del campo, de los medicamentos, la efectividad del movimiento para restituir la fuerza, la serenidad que se gana por medio de la oración y la meditación en torno a Dios, el estado de ánimo reforzado por la fortaleza que brindan los seres cercanos. Es innegable que todo esto en su conjunto, forma parte de la terapéutica sabinense y cada elemento tiene su propia efectividad.

Tenemos que el método local de tratamiento actúa principalmente en función del conocimiento empírico, que además gana valor y significación en los conceptos y nociones con los que está vinculado, los cuales designan lo que es pertinente y lo que es conveniente hacer frente a la enfermedad. Esta población también dispone de los componentes del sistema biomédico, un método de tratamiento del que la población busca formas mesuradas y pertinentes de integración.

Finalmente, se plantea la necesidad proponer otras formas de relación entre las distintas medicinas para dejar de lado determinadas prácticas orientadas por las incomprendiones y los prejuicios del sistema hegemónico hacia el sistema local. La propuesta es dejar de ser ‘modernos’, pues si dejamos de serlo, tal modo de proceder “se convertirá en uno de los recursos esenciales para relacionar los colectivos que ya no se tratará de modernizar. Servirá de órgano para la

negociación planetaria sobre los universos relativos que construimos” (Latour, p. 166) y permitirá la colaboración de ambas fuentes de conocimiento.

## Conclusiones

Esta investigación sobre la diabetes tuvo como contexto y lugar El Sabino de San Ambrosio, una de las 27 localidades que conforman la microrregión otomí de Higueras, situada en el municipio de Tolimán del estado de Querétaro.

En el año 2015 que emprendí este trabajo ya había tenido contacto con las comunidades de Higueras, y tenía como antecedentes lo siguiente: estadísticas acerca de la incidencia de diabetes –enfermedad que se ha posicionado como una de las principales causas de muerte no solo en México sino en todo el mundo–, datos cualitativos de cómo esta enfermedad crónico-degenerativa disminuye la calidad de vida de quienes la padecen, informes sobre el cuantioso recurso público destinado a la prevención y tratamiento de la diabetes y de la diversidad de organizaciones civiles tratando de incidir en la resolución de esta enfermedad, reconocida como problemática de salud pública nacional y global. Todo este conjunto me motivó, en parte, a emprender dicha investigación, mientras que las elevadas estadísticas justificaban su pertinencia.

Ante tales antecedentes, se trató de definir los objetivos y los límites que debían direccionar este trabajo, dadas las perspectivas y herramientas metodológicas de la antropología, a fin de sumar a la comprensión de este fenómeno. Cabe aclarar que tales objetivos y límites los fui “descubriendo”; la claridad “se obtuvo” solo tras haber hecho ciertas reflexiones. Finalmente, definí que tales objetivos, tomando en consideración los límites, de momento debían centrarse en conocer y comprender la teoría que los habitantes de El Sabino de San Ambrosio han formulado sobre la diabetes, tomando en consideración los datos etnográficos obtenidos entre el 2014 y el 2018.

En el apartado introductorio se especificó que la discusión estaría guiada por las perspectivas y propuestas de Latour (2007) respecto a la denominada antropología simétrica, la cual tiene como fin establecer la igualdad de los saberes, partiendo de un análisis crítico de la ciencia. Por otro lado, desde el enfoque de Viveiros de Castro (2010), quien presenta una continuidad con las

ideas del anterior autor, de quien la propuesta es asumir “las pragmáticas intelectuales de los colectivos que históricamente se encuentran en ‘posición de objeto’ con respecto a la disciplina” (2010: p.17), como conocimiento en sí mismo y en paralelo a la producción de conocimiento académico; tratar las ideas indígenas como conceptos y extraer las consecuencias de esa decisión. Un ejercicio teórico-práctico que se inscribe en la *descolonización* del conocimiento. De aquí la importancia de abordar a la diabetes desde las definiciones y concepciones propias de esta población, reconociendo que sólo de este modo se puede acceder a lo que la diabetes es y comprender el modo en cómo se ha construido en esta comunidad.

Uno de los puntos de partida fue el reconocimiento de que las nociones y conceptos abordados no tienen carácter esencialista, sino que puede comprenderseles únicamente a través de otros elementos presentes en el contexto mismo desde donde se abordan, que las delimitan y constituyen.

Las nociones desarrolladas en los distintos capítulos, lo relacionado con la etiología, el cuerpo, los alimentos, la salud y la enfermedad, constituyen “un sistema bien articulado” (Levi-Strauss, 1984) que, en paralelo, nos iba permitiendo comprender las prácticas orientadas por dicha aprehensión particular de la diabetes.

Desde las primeras exploraciones etnográficas pude apreciar que esta construcción específica de la diabetes en El Sabino de San Ambrosio, es resultado en términos de Wagner (*apud* Kolb, 2016), de una co-invencción, es decir, de la integración más o menos orgánica de los conocimientos propios de la medicina alópata y las nociones locales. Por tales motivos, parte de la tesis se centró en profundizar en cómo están relacionándose ambos modos de conocimiento y qué está resultando de esta interacción, que irremediablemente ha afectado la manera en la que los interlocutores perciben y actúan sobre la enfermedad.



Durante este ejercicio reflexivo se hicieron referencias de manera comparativa entre los corpus de conocimientos: el local y los paradigmas propios de la ciencia médica.

Tal comparación sirvió para descubrir y manifestar los equívocos, es decir, las alteridades conceptuales –reflexión guiada por Viveiros de Castro (2010)–, con objeto no de señalar qué conocimiento es verdadero y cuál es falso, sino de evidenciar estas diferencias, y por tanto ver por qué y cómo están distanciados, para después advertir los efectos de tales divergencias. Una reflexión de esta naturaleza nos permitió comprender, por ejemplo, el tema de la “renuencia de los pacientes al tratamiento” –una de las fuertes críticas que suelen hacer los médicos a esta población, en la que se asume un supuesto desinterés de la gente por cuidar su salud– pues nos deja ver qué es, en el fondo, lo que orienta y motiva a las personas a conducirse frente a la enfermedad de la manera en la que lo hacen.

Cabe recordar que esta tesis no pretende responder a la cuestión de porqué la población está enfermando de diabetes. Determinarlo necesitaría de una investigación interdisciplinaria. Es necesario aclararlo porque, cuando comentaba acerca de mi tema de investigación, me vi interpelada en varias ocasiones sobre por qué tanta gente está enfermando de diabetes –a lo cual aún no tengo una respuesta certera, quizá solo algunas pistas–.

Las reflexiones de este trabajo se agrupan en cuatro capítulos. En el primer capítulo se revisó cómo en Sabino de San Ambrosio explican la diabetes a través de sus relaciones con el cuerpo. ¿Mediante qué nociones o conceptos se expresan los síntomas de la enfermedad? ¿Cómo afecta y transforma la diabetes al cuerpo? ¿En qué partes del cuerpo reside dicha enfermedad?

Para responder a lo anterior partimos de un elemento constitutivo de todo organismo y de gran relevancia en el contexto de la diabetes, la sangre (*ji*). Desde la etiología médica alopática las causas de la diabetes son multifactoriales, sin embargo, los altos niveles de azúcar en la sangre explican, en esencia, su desarrollo, por otro lado, desde la perspectiva sabinense, su origen es otro, pero

coinciden en que la sangre es la sustancia en donde está contenida el azúcar. Tras la experiencia que han tenido los interlocutores con la enfermedad, han identificado que este exceso provoca que la sangre se vuelve “como agua”, lo que trae como consecuencia la pérdida de fuerza, pues los interlocutores coinciden en que la sangre contiene la fuerza que le permite al cuerpo accionar.

Con respecto a la pérdida de fuerza, tenemos que según el estado o avance de la diabetes, ésta puede ser momentánea, aunque por otro lado puede volverse un estado físico permanente; hay mujeres y hombres que dicen vivir de manera continua en esta condición de debilidad corporal. Vimos que las consecuencias de la debilidad van más allá de la imposibilidad de desempeñar las actividades de la vida cotidiana de manera “normal”, pues su pérdida no solo perturbaba el accionar, al debilitarse el cuerpo devienen una serie de efectos en el estado de ánimo, “se quitan las ganas de vivir”.

Nos encontramos con narrativas que hablan de un estado anímico de aflicción, una suerte de frustración que deriva del hecho de que la debilidad corporal surte efectos en la imposibilidad de desempeñarse en las actividades domésticas, laborales o aquellas que de algún modo ayudan a la manutención de las familias (tales como ir a vender algún producto después de misa, ir a trabajar al campo<sup>107</sup>, vender verduras), así como aquellas actividades lúdicas (participación en las actividades comunitarias, las de convivencia interpersonal). Aclaraba que esto no quiere decir que las personas dejen de movilizarse diariamente para atender sus necesidades, para “salir adelante”, pero ya no lo hacen con el mismo entusiasmo.

En este contexto profundizaba en la función del movimiento<sup>108</sup>, pues hay quienes consideran que éste o su ausencia determinan la estabilidad o empeoramiento de la diabetes, incluso -aunque no es central en la etiología establecida por los sabinense- hay personas que vinculan la falta de movimiento a su origen. Las

---

<sup>107</sup> Las mujeres de la localidad se han empleado en los últimos años en los invernaderos de las empresas privadas cercanas a la región.

<sup>108</sup> Cuando los interlocutores hablan de movimiento, hacen referencia al trabajo o la realización de las actividades de la vida cotidiana, indispensables para satisfacer las necesidades diarias, tales como ir al cerro por leña, ir por el agua al manantial, etc.

personas han encontrado que, al poner el cuerpo en movimiento, éste puede reactivarse, restablecerse y de este modo hacer frente a la enfermedad. “El movimiento es poner a trabajar al cuerpo, es tener la voluntad y así buscar la salud”, decía don Genaro. Sin embargo, tal activación se ve perturbada por la falta de fuerza, lo que insiste en lo que mencionábamos líneas arriba, respecto a querer hacer y que el cuerpo a consecuencia de la diabetes, ya no responda de la misma manera.

Posteriormente se abordó la polaridad frío-caliente, una forma de clasificación que tiene como base la distinción entre la naturaleza fría y la naturaleza caliente de los alimentos, las enfermedades, las emociones, las medicinas, entre otros aspectos. López Austin (1984) documentó cómo, desde épocas prehispánicas, las prácticas médicas indígenas se han direccionado tomando en consideración el desequilibrio entre una y otra. Denominar una sensación corporal, persona u objeto como fría o caliente permite clasificarla, de modo que pueda identificarse y asociarse con determinadas características, es decir, dar atribuciones que permitan anticiparse y direccionar el actuar con respecto a ello. En El Sabino los medicamentos, las plantas medicinales, la descripción de los síntomas, entre otros elementos, se definen usando esta clasificación.

En el segundo capítulo se exploró la “etiología colectiva de la diabetes” (Kolb, 2016) establecida en El Sabino de San Ambrosio. Las cuestiones que se trataron, decíamos, eran o son dudas de los propios interlocutores, pues al ser una enfermedad que ha estado presente hasta fechas relativamente recientes, hay entre la población incertidumbre respecto a lo que la diabetes es y su comportamiento. Las interrogantes que direccionaron ese capítulo fueron las siguientes: ¿De dónde vino la diabetes? ¿Por qué llegó la diabetes a El Sabino? ¿Cómo *entra* la diabetes al cuerpo?

Inicialmente tenemos que esta población ha establecido su propia clasificación de la diabetes, ésta no es similar al modo en que la ciencia médica la clasifica, -en

diabetes 1, 2, y gestacional-, es decir, no hay una relación entre la clasificación médica y las expresiones locales desde las se aborda.

Al interior de la comunidad convergen dos modos a través de los cuales se explica el origen de la diabetes: la primera proviene del corpus de conocimientos otomíes, que parten de la experiencia concreta con la enfermedad o, en otros términos, como resultado de la “exploración reflexiva del mundo” (Lévi-Strauss, 1984, p. 35) y, por otro lado, está presente en la localidad la etiología desde la que los médicos alópatas explican su origen, misma que se conoce en las consultas médicas.

Señalamos que la etiología sabinense no existe de manera independiente de las relaciones con los médicos alópatas; “está constituida como una co-invencción a partir de los equívocos que emergen entre las prácticas de los médicos y las de los habitantes” (Kolb, 2016, p. 2). Cuando los interlocutores expresan las causas de su padecimiento, encontramos una integración de los elementos de uno y otro sistema de conocimientos. Sin embargo, hablamos de dos etiologías, una a la que nos referimos como sabinense o local, y la médica, debido a que, aunque hay elementos en común, son en esencia muy distintas.

Respecto a la etiología local decíamos que es un conjunto organizado de ideas, expresadas en términos de experiencias personales, saberes transmitidos, intuiciones etc., etiología creada y desarrollada de manera conjunta. La etiología sabinense está altamente vinculada a las emociones, cuando las personas hablan de qué fue lo que les provocó diabetes, suelen remontarse a ciertos sucesos de su vida en los que estuvieron presentes emociones específicas, situaciones que se caracterizan por la presencia de sentimientos de carácter “perjudicial”. Entre éstas se habla del susto o el espanto como el más relevante, después están el coraje, cualquier forma de sufrimiento, o preocupaciones en general. Las preocupaciones son descritas como una especie de *exceso de pensamiento* en cosas que afligen, que hacen mal al organismo, lo *llenan de enfermedad*. Por lo tanto, decíamos que, en esta etiología, las emociones constituyen un antecedente fundamental para el desarrollo de diabetes.

Más adelante se propuso la necesidad de que se tomen en consideración estos antecedentes, pues en el capítulo IV veíamos que incluso hay paradigmas dentro de la propia ciencia médica que consideran a las emociones, en este caso en términos de estrés, como un antecedente importantísimo para el desarrollo de la enfermedad, dimensiones que en la consulta y en el diagnóstico se niegan.

En otomí el susto o espanto se conoce como *mbidi*. La gente habla con certeza de que el *mbidi* es el causante de la diabetes, pues éste es imprescindible en el momento en que la diabetes *entra* al cuerpo. Al espanto lo caracterizan como un suceso que te “sorprende”, que te deja preocupado, que permanece en el pensamiento; suele atribuírsele propiedades contaminantes, y recordemos que lo contaminante es considerado perjudicial para el organismo. Se habla así de que la diabetes es el susto que entra al cuerpo y hace mal al organismo.

Sin embargo, el susto no es el único elemento que explica su desarrollo, las narrativas contemplan la confluencia de otros elementos: tomar una bebida fría y además dulce después del susto, sin alternativa esto causará diabetes. Más adelante vimos que dichas ideas permean las prácticas que se siguen para la prevención y el cuidado: las personas prestan atención al tipo de bebida que se consume posterior a un susto (que no sea dulce, evitando el refresco, o que la bebida no esté fría).

Aquí profundizamos en una noción importante en la vida sabinense y que es, así mismo, fundamento de la etiología local; se trata de la noción del destino. El destino, para esta población, es ese proyecto único e innato trazado por Dios de manera particular para cada una de las personas en el mundo, con lo que tenemos que, si bien, la diabetes tiene origen concreto en lo que señalamos, el padecerla tiene como causa original esa proyección de la enfermedad en la vida de esa persona. Por tanto, la idea del destino contempla la existencia de Dios y de que él tiene poder de acción sobre los seres humanos. Así que Dios tiene un papel fundamental en la manera en cómo se interpreta la condición de los seres

humanos frente a la salud, la enfermedad y la muerte, al ser él quien determina la manera en la que acontece la vida.

En consecuencia, veíamos que el que la enfermedad se interpreta como un destino inminente permite que se acepte con una especie de resignación ante una situación que está, por decirlo de algún modo, fuera del control de las personas. Se siguen las recomendaciones y cuidados sugeridos por los médicos, sin embargo, se asume que lo que el designio divino tenga dispuesto para cada ser humano, es lo que determinará lo que suceda con la enfermedad, además, en la mayoría de los casos hay una suerte de confianza y esperanza en Dios, lo que hasta cierto punto les da tranquilidad.

El tercer capítulo se dedicó a explorar lo relativo a las formas de alimentación de esta población: propiedades y funciones atribuidas a los alimentos, los cambios y transformaciones en la dieta alimenticia, concepciones en torno al *buen comer*, etc., indagando en la relación de este conjunto con la diabetes.

El interés por tratar la alimentación deriva de la estrecha relación entre ésta y los estados de salud y/o enfermedad. Por otro lado, no se pretendía ignorar el diagnóstico predominante en la medicina científica, que asocia el origen de la diabetes con la “obesidad” y ésta, a su vez, a las formas de alimentación.

Aunque al interior de la comunidad las concepciones predominantes sobre el origen de la diabetes no están asociadas a las prácticas alimentarias, ha habido determinados cambios a nivel local, relacionados con las formas de alimentación (en la preparación y procedencia de los alimentos, principalmente), que pudieran explicar la exacerbada presencia de diabetes en los últimos años.

Se especificó que en El Sabino se tienen identificados, de manera general, dos tipos de alimentos. La distinción que se hace entre estos dos tipos está basada en su procedencia u origen. Hay un tipo de alimentos que se describen como “naturales” o del “campo” y, por otro lado se habla de alimentos “químicos” o con “química”, de los que se dice, tienen propiedades “contaminantes”.

Se dijo que se consideran alimentos *naturales* a aquellos que tienen origen en la comunidad, que guardan algún tipo de relación con el resto de los elementos del entorno, o sencillamente, aquellos de los que para su existencia o producción participan las personas que los van a consumir, implementando los recursos naturales de la región, tal es el caso del agua del manantial. Las tortillas y los frijoles son alimentos naturales por excelencia. A éstos se les vincula con determinadas nociones y se les atribuyen cierto tipo de propiedades, se dice que son los alimentos “buenos”, que son alimentos “limpios”. Cuando se habla de ellos, se hace referencia a los cambios climáticos y los efectos en su producción, específicamente se habla de la escasez de lluvia, lo que ha derivado en una reducción de su consumo.

Por otro lado, se encuentran los alimentos “químicos”, a los que se les atribuyen propiedades “contaminantes”<sup>109</sup>. La población afirma que este tipo de alimentos no “sirven” y que, a diferencia de los alimentos de origen natural, no desempeñan una función benéfica para el organismo. El aumento en su consumo, comentan los interlocutores, comenzó con su introducción a la comunidad, y su venta en las tiendas locales, lo que los hizo mayormente accesibles, pues anteriormente se conseguían únicamente en la cabecera municipal. Los alimentos considerados de esta manera son los alimentos enlatados o en general los alimentos procesados.

En ese tenor, vimos que la diabetes es el inicio de una serie de desajustes del proceso alimenticio. Observamos, por ejemplo, que uno de sus principales síntomas es la falta de apetito. Advertían los interlocutores que esta inapetencia tiene como efecto una disminución en el insumo de alimentos necesarios, pues no se siente hambre; lo que en la mayoría de los casos lleva a que las personas les sea difícil sobreponerse a la pérdida de la fuerza, al ser los alimentos una de sus principales fuentes.

Al padecer diabetes el cuerpo ya no hace un normal aprovechamiento de los alimentos que se consumen, aunque a pesar de la inapetencia se coma, se

---

<sup>109</sup> Lo “contaminante” es una noción fundamental, se dijo, es una cualidad de ciertas emociones, o en este caso, de los alimentos que hace mal al organismo.

experimenta una debilidad corporal, pues aseguran los interlocutores que los alimentos parecieran ya no hacer ningún provecho al organismo. Tal confluencia de circunstancias la denominamos de tipo “circulo vicioso”, debido a que estos síntomas son causa y efecto de otros síntomas, lo que termina por complejizar la situación de quienes padecen esta enfermedad.

Así mismo, exploramos algunas de las características de la dieta de esta población. Decíamos que la tortilla es un complemento indispensable de los alimentos –es sabida la importancia de este alimento, desde tiempos prehispánicos hasta hoy–. Las narrativas dejaban ver que su consumo tiene una función esencial: contribuir a que las personas se sientan *llenas*, satisfechas cuando han comido. Señalábamos que los médicos sugieren la reducción de su consumo o incluso el no consumirla, pues al ser un alimento de tipo “carbohidrato”, biomédicamente se considera que éstas se convertirán en glucosa. Tal indicación es para los interlocutores una aberración, en la medida que ellos no tienen antecedentes de que la tortilla pueda ser nociva y, por otro lado, su consumo tiene esta función tan importante que ayudan a que las personas puedan sentirse satisfechos.

En este sentido, profundizaba en cuáles son las características del “bien o buen comer” en El Sabino: veíamos que hay una predilección por aquellos alimentos de origen natural; lo que no es “contaminante”. El *comer bien* está vinculado también con comer lo suficiente, es decir, es importante consumir alimentos hasta sentirse *lleno*.

En contraste, encontramos que las “medidas higiénico-dietéticas” sugeridas por los médicos, son estrictas en el sentido de que suponen el consumo de determinadas porciones y variedades de tipos de alimentos. Es decir, tenemos nuevamente un equívoco, pues tal como he venido señalando, gran parte de los habitantes en El Sabino no pueden comer lo que el médico sugiere (variedad y porciones de los alimentos), ya que su dieta contempla un grupo “reducido” de alimentos disponibles, y con éstos se busca satisfacer esta necesidad. En este



sentido podemos apreciar la función importante que tienen las tortillas, pues se come lo que se tiene a la mano, en ocasiones, porciones o variedad de alimentos reducidos.

Veíamos, por otro lado, algunas acotaciones relativas a la complexión corporal, ya que tanto en el saber médico como entre las concepciones sabinenses, ésta se vincula a un determinado estado de salud. Desde el paradigma biomédico, la obesidad o sobrepeso está altamente asociado con problemas de salud, tales como: enfermedades del corazón, glucosa elevada (diabetes), hipertensión, etc.

En consecuencia, desde la concepción sabinense, la pérdida de peso es síntoma de enfermedad, pues se considera que un cuerpo robusto, no delgado, es un cuerpo sano, *lleno de vida* –expresión con la que suelen hacer referencia a un cuerpo saludable, sin enfermedad–. Tenemos así que la idea de cómo debería ser, en apariencia, un cuerpo sano, entre estas dos concepciones, no solo es equívoca sino justamente opuesta. Por tales motivos, localmente la obesidad o la gordura no terminan por relacionarse con la enfermedad, o por lo menos no de modo genuino.

Un componente alimenticio sobre el que se profundizó debido a su trascendencia, fue el azúcar. Mencionaba que el azúcar ha comenzado a ser considerada una suerte de enfermedad, pues la idea de que la diabetes es azúcar ha llegado a ser tan central, que decir “tengo azúcar” es sinónimo de decir que se padece diabetes. El azúcar es concretamente una sustancia que afecta al cuerpo, está presente en algunos alimentos y su principal afección es hacia la sangre.

Sin embargo, advertía algunas “alteridades referenciales”, equívocos entre ambas perspectivas respecto a lo que el azúcar es y sobre la manera en cómo entra al cuerpo. Vimos que los interlocutores suelen identificar a los refrescos y el azúcar en grano, casi exclusivamente, como los medios de llegada del azúcar a sus organismos. Como consecuencia de lo anterior, tenemos que mientras los médicos sugieren a los pacientes reducir su consumo, con el fin de regular “los niveles de glucosa o azúcar” para llevar un control de la enfermedad, ellos

atienden a esta indicación disminuyendo el azúcar en grano o el consumo de refresco, pero no consideran todo el conjunto de alimentos que biomédicamente derivan en un aumento de la glucosa, es decir, todos aquellos alimentos de tipo carbohidrato.

Otra divergencia importante respecto al azúcar, es que en ambas perspectivas ésta está vinculada al origen de la diabetes, pero desde la perspectiva biomédica es el exceso de azúcares o glucosa lo que la causa, mientras que desde la perspectiva sabinense, no es el exceso sino su consumo tras el susto. Por tanto, cuidan no de consumirla en exceso, tal como sugieren e insisten los médicos, sino de no consumirla tras el susto.

De manera general se abordaron algunos cambios identificados en las prácticas alimentarias de esta población. Se identificó que, en la mayoría de los casos, los interlocutores concluían y explicaban que su alimentación no había cambiado en la actualidad, que comían de modo similar a como lo habían hecho toda su vida, desde que eran niños y hasta el tiempo presente.

Poco a poco comencé a notar que no era que las familias comieran significativamente diferente, sino que los cambios habían sido en otros aspectos no tan explícitos, principalmente en las formas de preparación, en la incorporación de ciertos alimentos e ingredientes y la procedencia de éstos: la incorporación o por lo menos el aumento en el consumo de la Coca-Cola o en general de los refrescos, consumo reciente de endul-colorantes para preparar bebidas de sabor; la sustitución de piloncillo por azúcar en grano; café molido que traían de la sierra sustituido por café procesado (nescafé); cambios en las formas de preparación del pan para la fiesta de San Miguel; la sustitución de la manteca por aceite vegetal, etc.

Se puntualizó a qué factores podrían estar respondiendo tales transformaciones en las prácticas alimentarias. La disminución del consumo de alimentos *naturales*, por ejemplo, ha derivado del hecho de que las lluvias han mermado,

desincentivando y dificultado la siembra y cosecha de éstos, actividad que en el pasado fue común entre los habitantes del lugar.

Respecto al incremento del consumo de Coca-Cola o de refrescos en general, los interlocutores describen que en los últimos 20 años aproximadamente, el producto se ha vuelto mucho más accesible, pues anteriormente se conseguía solo en la cabecera municipal y en últimas fechas se encuentra en casi todas las tiendas de la comunidad.

Considero que es una bebida a la que la población le ha tomado cierto tipo de “gusto”, ya que no hay consciencia de su nocividad y de las afecciones de su consumo excesivo a la salud, y por lo expuesto líneas arriba, la población no relaciona, por lo menos no de manera genuina, su consumo con cierto tipo de padecimientos, además de ser una bebida que contribuye a subsanar la merma de la fuerza, consecuencia de la diabetes.

Una vez que integramos todos estos elementos relativos a las formas de alimentación de la población y resaltamos la trascendencia de los equívocos, es decir, las diferencias entre las prácticas y perspectivas médicas y locales, asumimos tales divergencias como coyunturales al tratar de explicar determinadas situaciones, entre éstas el tema de la aparente “renuencia” de los pacientes a seguir el tratamiento para el control de la diabetes propuesto por la medicina. Esto nos permitió comprender qué motiva y bajo qué referentes las personas deciden y actúan de la manera en cómo lo hacen.

La última anotación respecto a lo tratado en ese capítulo fue que las situaciones planteadas: la imposibilidad de consumir alimentos naturales debido a los cambios climáticos y, por otro lado, la imposibilidad de consumir alimentos de afuera, cuya obtención depende de la capacidad adquisitiva de las familias, estriba en temas relacionados con la seguridad alimentaria.

Cabe señalar que este punto queda pendiente de profundizar, principalmente porque lo referente a la soberanía y la seguridad alimentaria, así como los cambios ocurridos al interior de la comunidad, tienen origen y explicación en otros

procesos o fenómenos complejos, externos y hasta globales que no se pretendieron analizar en esta primera investigación.

Asimismo, lo relacionado con la alimentación es relevante en el contexto de la diabetes, pues tanto los médicos como los interlocutores, a pesar de las diferencias de perspectiva, asumen que en ésta se encuentra, en gran parte, el efectivo control de la diabetes.

En el último capítulo se expuso aquello que al interior de la comunidad ha sido empleado con el fin de tratar y “controlar” la diabetes, es decir, todo el conjunto de métodos y prácticas terapéuticas. Se especificó que todas estas prácticas están enfocadas en su control, pues no se conoce al momento una cura para la diabetes, y así lo ha asumido esta población.

De manera general revisamos lo que respecta a los dos sistemas médicos presentes en El Sabino: el saber médico local y el biomédico científico. Como antecedente tenemos que las *nociones* abordadas a lo largo de la tesis: el desequilibrio frío-caliente, el concepto de fuerza, la noción de lo “contaminante”, lo “limpio”, lo “químico”, etc., son fundamento de las prácticas médicas locales, y a su vez, equilibran y regulan la relación y valoración que hacen del sistema el biomédico científico.

Respecto al primer sistema médico, el local, veíamos que los conocimientos herbolarios y las prácticas de curación “forman un sistema bien articulado, independiente” de los conocimientos que constituyen a la biomedicina (Lévi-Strauss, 1984: p. 30). Este conjunto de conocimientos y prácticas ha sido empleado en El Sabino desde tiempos remotos.

La mayoría de las personas en la comunidad poseen conocimientos herbolarios. A la fecha no hay una planta específica para tratar la diabetes, a fin de combatir algunos de sus síntomas y malestares, se usan las plantas y hierbas ya conocidas, también se ha comenzado a explorar la eficacia de algunas otras. En general encontramos que cada persona mezcla y alterna de manera diferenciada las plantas del campo. Se hace alusión a que algunas de éstas se han dejado de

usar debido a que ya no se dan en la región como consecuencia de los cambios climáticos.

El sistema médico local está constituido también por una serie de prácticas de curación aplicadas por aquellos que “saben curar”. Entre las diferencias señaladas por los interlocutores respecto a la labor desempeñada por los que “saben curar” y la de los médicos, está el hecho de que cada uno cura o trata enfermedades distintas. Se dice que los que “saben curar” no atienden enfermedades de gravedad, la diabetes, por ejemplo, no es tratada a través de este método.

Señalaba que las prácticas de sanación llevadas a cabo por los quienes saben curar han ido cayendo en desuso, aun cuando han sido de vital importancia dentro del sistema médico local. Entre las explicaciones que los interlocutores le dan a este fenómeno, está el hecho de que las personas que sabían hacerlo fueron muriendo y dicho conocimiento ya no fue retomado por las nuevas generaciones.

Al ahondar en el método terapéutico del “sistema médico científico alópata” difundido y socializado por los médicos que han estado atendiendo en la región a través de la consulta médica, vimos que este tratamiento contempla, de manera general, tres prescripciones.

La primera prescripción consiste en la recomendación de seguir un determinado régimen alimenticio. Este régimen establece qué alimentos se deben consumir y cuáles se deben evitar, además de indicar en qué porciones comer y cuántas veces se debe comer al día.

En este punto explicité algunas de las dificultades con las que se han venido encontrando los interlocutores al intentar adoptar dicho régimen “idóneo”; algunas derivan del hecho de que no todas las personas pueden acceder al tipo de alimentos sugeridos por el médico, y otras relacionadas con los equívocos, esas divergencias que revisábamos líneas arriba con respecto a lo que implica para la población el “buen comer” y lo que supone para los médicos; por ejemplo, la prohibición de la tortilla en oposición a la función importantísima de ésta para la población.

Por tanto, nos encontramos con que dicha recomendación no cumple su cometido, no porque haya falta de interés, sino porque la recomendación no abarca las realidades concretas de la gente.

La segunda prescripción es la del consumo de dos medicamentos: la metformina y la glibenclamida. Éstos, al igual que la medicina del campo, poseen cierto grado de eficacia y son usados para combatir determinados síntomas y afecciones que se presentan con la diabetes.

Los interlocutores se han adherido parcialmente al uso de los medicamentos pues, su mayoría, expresan ciertas reservas, derivadas de la incertidumbre que causa el desconocimiento de su procedencia y su composición (“¿Yo no sé qué son los medicamentos, de qué están hechos?”) además de que, según los referentes que se tienen, éstos suelen ser vinculados con la noción de lo químico, lo “contaminante”. Ya he señalado lo que estas nociones implican para los interlocutores, a diferencia de la familiaridad que guardan con la medicina de campo, vinculada con lo natural.

Las narrativas evidencian la ambivalente función de los medicamentos, por dicho motivo los interlocutores han terminado por autorregular su consumo, pues han llegado a la conclusión de que su “excesivo” consumo no es favorable para el organismo, debido a que constantemente se experimentan reacciones adversas que interfieren con otros procesos vitales, por lo que parecieran afectar su estado de salud.

El tercer componente de la terapéutica alópata es el de la ejercitación física. Esta recomendación deriva de la relación que desde este sistema médico hay entre la obesidad y el padecimiento de enfermedades asociadas (diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón etc.), por tanto, se considera indispensable la ejercitación “para mantener un peso saludable” y un complemento de las dos prescripciones anteriores.

Sin embargo, vimos que la ejercitación, tal como los médicos la sugieren, no coincide con la tradición sabinense. Veíamos que el símil de la ejercitación física

es aquello que se describe en términos de movimiento –poner el cuerpo a trabajar–, pues a éste se le atribuyen los mismos beneficios saludables, incluso recordemos que consideran que el movimiento puede ayudar a evitar la enfermedad.

Empero, se mencionó que la introducción de ciertos servicios a la comunidad ocasionó cambios y transformaciones de ciertos hábitos en los que había una intrínseca ejercitación corporal: ir a juntar leña, caminatas a la cabecera o a otras comunidades, caminar al manantial por agua, ir a lavar la ropa a los lavaderos.

Esta serie de necesidades ahora se satisfacen tomando los camiones para trasladarse, mientras que el agua entubada hasta los hogares ha facilitado éstas y otras actividades, por mencionar algunos ejemplos.

Justo en dicho apartado, profundicé en la eficacia terapéutica de las oraciones y la meditación en torno a Dios, decía que esto proviene de lo que la esencia de Dios significa para esta población, quien tiene intercesión en todos los aspectos en la vida, incluyendo lo que concierne a la salud y la enfermedad.

Las personas tienen una relación dialógica con Dios, reconocen en su ser divino aquello que puede interceder por ellos para su sanación o, por otro lado, se acepta con respeto lo que él tenga destinado para cada uno; trátase de la enfermedad o de la muerte. Los participantes reconocen que las oraciones propias o de terceros propician una mejora, sobre todo en términos de paz y tranquilidad emocional. Las oraciones poseen una indudable y especial efectividad terapéutica.

Mientras que la intención principal había sido conocer y comprender aquello que subyace a los determinados modos de conducirse frente a la diabetes, analizaba algunos elementos, no locales, que de algún modo tienen injerencia en la vida sabinense, y que terminan por relacionarse de cierta manera con la diabetes. En este sentido examinaba el papel que ha tenido el programa PROSPERA, pues las familias inscritas se ven inmersas en una dinámica específica, regulada de sus reglas de operación.

Nos encontramos con que el Estado, a través de PROSPERA, brinda a esta población acceso a un servicio de salud. Sin embargo, el sistema de salud pública, su conjunto de acciones: promoción, prevención y atención de las enfermedades, están basadas en el modelo biomédico. Me preguntaba así, ¿qué le ha permitido a la biomedicina extenderse de esta manera?, es decir, convertirse en el modelo hegemónico. Indicábamos que el modelo biomédico es producto del desarrollo científico y profesional, por tanto, lo que le ha permitido extenderse en esta dimensión ha sido su carácter de cientificidad, es su constitución moderna lo que le ha otorgado legitimidad, además de contar con el apoyo de los sectores sociales hegemónicos, tales como el Estado.

Asumíamos que el desarrollo de la biomedicina ha abonado en el mantenimiento de la salud y ha tenido resultados “positivos” en el tratamiento de muchas enfermedades. No obstante, lo que en este texto se puso en cuestión, es esa concepción que la ciencia tienen sobre sí misma, y que incide en las concepciones que la sociedad tiene sobre cuestiones tan significativas y fundadoras, como es lo que concierne a la *verdad*, en el sentido de esencia última de las cosas (Viveiros de Castro, 2010).

La ciencia se ha encargado de designar lo que es verdad y lo que no lo es. Así, otras formas de conocimiento que “carezca de fundamentos científicos”, pasan a ser consideradas meras “creencias” o formas de pensamiento “irracional”. Lo anterior supone una superposición de los saberes (Latour, 2007) de tipo asimétrica y vertical que a su vez establece una “manera particular de relación” (*Ibíd.* p. 151) entre éstos.

Tenemos que la biomedicina no abarca la totalidad de los conocimientos, empero, se dirige como si los poseyera. Quienes practican la ciencia, cuestionan y excluyen todo modo de explicación distinta, pero no se les ve poniendo en duda la eficacia y pertinencia de su método, mientras que la etnografía nos muestra que, por lo menos la población sabinense, ha encontrado muchos motivos para distanciarse de tal modelo de tratamiento de las enfermedades.



Los datos etnográficos nos dejaron ver que los médicos no aceptan, hasta el momento, los modos de explicación, las concepciones de la enfermedad, ni los métodos locales de tratarlas, lo que había terminado por limitar un diálogo transparente y fructífero entre los médicos y los pacientes, basado en la aceptación y el reconocimiento de las divergencias de modos de vida y pensamiento.

Había una serie de elementos que me llevaron a concluir que tal interacción entre los médicos y la población sabinense no está resolviendo aquello que la justifica y fundamenta, es decir, tratar efectivamente las enfermedades. Por tanto, se planteó que la cuestión era entonces la de proponer bajo qué formas alternativas debería darse esta relación, qué circunstancias permitirán que ambos métodos, al fin y al cabo, modos de pensamiento, se integran con respeto, a fin de subsanar tales imposiciones y renuencias. ¿Qué forma de relación debe darse a fin de aminorar las incomprensiones?

Siguiendo a Latour, había que encontrar las pequeñas causas y sus grandes efectos. Así concluí que las pequeñas causas eran los prejuicios, el desconocimiento, y sus grandes efectos son la desvalorización, la incomprensión y la imposición por parte de los médicos de su propio modo de tratamiento de las enfermedades, hacia con los pacientes

Por parte de los pacientes, las pequeñas causas son un tanto las incomprensiones, pues éstas son bilaterales. Por supuesto también hay que explicar de dónde surgen tales incomprensiones, que en parte explican porque esta población no ha terminado de confiar en el modelo biomédico. Los efectos de lo anterior es que con frecuencia las personas comienzan a llamarse a sí mismas ignorantes, es decir, hay una propia desvalorización de lo que se sabe, una desconfianza en sí mismo.

En la comprensión del otro y en el desvanecimiento de los prejuicios está la base, el comienzo para dejar de lado determinadas prácticas impositivas y mutiladoras. La propuesta es una forma de relación que no sea intrusiva, que no irrumpa con las

formas evidentemente articuladas de pensar la vida y de actuar en consecuencia. Vimos en los interlocutores ese carácter reflexivo, sin lugar a dudas son agentes activos del mundo que les acontece, además de la evidente continuidad entre esto y sus propias orientaciones.

La propuesta, por tanto, es la de la colaboración consciente de los métodos como de las perspectivas, tanto de la medicina alópata como de la medicina local, no de la sustitución de unas por otras. Finalmente, ya están en contacto, están alternándose de maneras invariables, tanto elementos locales (medicina del campo, las prácticas de curación, la fe en Dios, las oraciones), como aquellos elementos propios del sistema biomédico científico, vimos cómo cada elemento tiene su propia efectividad. Lo que aquí apremia es que la enfermedad haga los menores daños posibles, la colaboración es la alternativa que supone contribución y respeto.

Cabe señalar que a lo largo de la investigación hubo una inevitable búsqueda del sentido práctico: eso que suele plantearse en términos de la aplicabilidad de los resultados de la investigación, esa pregunta de ¿A quién servirán estas reflexiones? una suerte de exigencia implícita, sustentada por esa necesidad de retribuir de alguna manera a los colaboradores, a los interlocutores sobre quienes se escribe.

La propuesta es que esta forma de acercamiento y relación con la diversidad de modos de conocimiento, locales, particulares, no debe ser sólo una perspectiva adoptada en la investigación académica, sino que debe estar implícita en las políticas y modelos de intervención del estado; no escrito y reescrito, sino concatenado e integrado en las perspectivas y fundamentos de las prácticas médicas y de quienes encabezan dichos proyectos de intervención, incluso, desde las relaciones interpersonales, hasta las interculturales.

Para ir cerrando, una auto-observación, y que de algún modo se vincula con el fundamento básico del modelo de intervención del Estado enfocado en la prevención, es que el contenido de esta investigación presenta las concepciones

de las personas que padecen diabetes, que son, sobre todo, personas adultas y adultas mayores. Por tanto, este trabajo no está reflejando las percepciones de las generaciones de jóvenes.

Sin embargo, conocer tales concepciones es indispensable, pues es en este sector en el que está enfocado el modelo preventivo. Sumando a esto, diría que para lograr tal objetivo de la prevención, es imprescindible que las generaciones estén en diálogo; los adultos son quienes, por el momento, están viviendo las consecuencias de estas enfermedades; es importante que los jóvenes se reconozcan en esa posible situación.

La sociedad con sus cambios vertiginosos inherentes, la incidencia de la enfermedad, un Estado preocupado interviniendo con torpeza desde el desconocimiento y los prejuicios, un mercado diligente en sus fines. Por todo esto vale la pena insistir en la concientización de todo lo anterior, puesto que al final del día, no podemos negar la naturaleza mortal de la diabetes, la enfermedad es también una realidad cruel, vinculada con el dolor, con el sufrimiento.

En suma, se presentó una formulación de lo que la diabetes es para la población de El Sabino: una teoría nativa de la diabetes. Constituye un ejercicio al que podría vérsese como ejemplo de una manera específica de la práctica investigativa, basada en un modo particular de relación con los saberes y conocimientos, distinta del tradicional análisis antropológico.

## Bibliografía

Agencia Informativa CONACYT (2015) *Diabetes asociada al consumo de refrescos entre la población indígena*. Disponible en: <http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/3866-diabetes-refrescos> (Consultado el 06 de febrero del 2019).

Aguirre, Imelda. (2015). *El concepto de fuerza en una comunidad teenek de la Huasteca potosina*. En Memorias del IV Congreso Latinoamericano de Antropología. México: UNAM.

Aponte, M., Aponte, M., Calderón, M., Delgado, A., Herrera, I., Jiménez, Y., Ramírez, Z., Rojas, J. y Toro, Y. (2008) "Fotoquímicos", (En línea): <https://www.inn.gob.ve/pdf/docinves/fitoquimicores.pdf> (consultado el 20 de diciembre del 2018)

Castillo, Aurora. (2005). *Otopames*, Querétaro. México: UAQ.

Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general (2007) "Bezafibrato". Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi\\_2k8/prods/PRODS/Bezafibrato.htm](http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Bezafibrato.htm) (Consultado el 21 de mayo del 2018)

Catálogo de Medicamentos Genéricos Intercambiables para farmacias y público en general (2007) "Pravastatina sódica". Disponible en [http://www.facmed.unam.mx/bmd/gi\\_2k8/prods/PRODS/Pravastatina%20s%C3%B3dica.htm](http://www.facmed.unam.mx/bmd/gi_2k8/prods/PRODS/Pravastatina%20s%C3%B3dica.htm) (Consultado el 21 de mayo del 2018)

Cervantes, Rodolfo y Presno José. (2013) "Fisiopatología de la diabetes y los mecanismos de muerte de las células  $\beta$  pancreáticas" *Endocrinología y Nutrición*, 21 (3).

Colegio Nacional de Especialista en Medicina integrada. (2017) "El Sistema de Salud en México: De la fragmentación hacia un Sistema de Salud Universal" (En

línea), disponible en: <https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/El-Sistema-de-Salud-en-México-De-la-fragmentación-hacia-un-Sistema-de-Salud-Universal> (Consultado el 15 de diciembre del 2018).

Diario oficial (2017) “Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2018” (*Segunda sección- vespertina*).

El poder del consumidor (2017) “Radiografía de tang” (En línea), disponible en: <https://elpoderdelconsumidor.org/2016/07/radiografia-de-tang-sabor-mango-1-sobre-para-2-litros/> (Consultado el 16 de abril del 2018).

Federación Mexicana de diabetes (2015) “¿Qué es la diálisis?” (En línea), disponible en: <http://fmdiabetes.org/dialisis-que-es/> (Consultado el 03 de enero del 2019).

Fundación Once (sin fecha) *salud*. Disponible en: <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/enciclopedia/cardiopatia-isquemica> (Consultado el 10 de diciembre del 2018).

Gilbert, Gloria. (2014). “Los efectos corrosivos de la Coca-Cola en nuestros cuerpos” (En línea), disponible en: <https://ecoosfera.com/2014/02/los-efectos-corrosivos-de-la-coca-cola-en-nuestros-cuerpos/> (Consultado el 26 de diciembre del 2018).

Gobierno del Estado de Querétaro. (2018) “Enciclopedia de los municipios y Delegaciones de México” (En línea), disponible en: <http://siglo.inafed.gob.mx/enciclopedia/EMM22queretaro/municipios/22018a.html>. (Consultado el día 12 de diciembre de 2018)

Guerrero, Ana. (2016) “Estudio sobre diabetes y obesidad en indígenas de Sonora” (En línea), disponible en: [http://www.conacytprensa.mx/index.php/centros-conacyt/7702estudiosobredietabetesengruposindigenasdesonoranota?utm\\_source=newsletter\\_3671&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=estudio-sobre-diabetes-y-obesidad-en-indigenas-de-sonora](http://www.conacytprensa.mx/index.php/centros-conacyt/7702estudiosobredietabetesengruposindigenasdesonoranota?utm_source=newsletter_3671&utm_medium=email&utm_campaign=estudio-sobre-diabetes-y-obesidad-en-indigenas-de-sonora) (Accedido el 6 de diciembre del 2018)

Hekking, Ewald. (2010). *Diccionario Bilingüe Otomí-Español del Estado de Querétaro*. México, INALI.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). “Estadísticas a propósito de la diabetes”, disponible en :

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/diabetes0.pdf>. (Consultado el 28 de septiembre de 2016).

Instituto Nacional de Antropología e Historia. (2018) “Dirección de Lingüística” (En línea), disponible en: <https://linguistica.inah.gob.mx/index.php/leng/93-otomi> (Consultado el 13 de diciembre del 2018)

International diabetes federation (2015) “Diabetes Atlas”, (En línea), disponible en: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/es/que-es-la-diabetes>, 2015 (Consultado el octubre 31 de 2016).

Kolb, Susana. (2016) “De espíritu, sangre y alteridad: una exploración de la etiología de la diabetes entre los totonacos de Ixtepec, Puebla”. En, Seminario La Humanidad Compartida. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas.

Lazcarro, Israel. (2016). “Vínculos de sangre: cosmopolítica de flujos, intenciones y derramamientos en la Huasteca meridional otomí” En, Seminario La Humanidad Compartida. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas.

Latour, Bruno. (2007). *Nunca fuimos modernos. Ensayo de antropología simétrica*. Argentina: Siglo XXI Editores.

Lévi-Strauss, Claude. (2012). *El pensamiento salvaje*. México: Fondo de Cultura Económica.

López, Alfredo. (1984). *Cuerpo humano e ideología: las concepciones de los antiguos nahuas*. México: UNAM.

Martínez, Ángel. (2008). *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. España: Antropos

Ministerio de Salud Público de Cuba. (2017). “Glibenclamida”, *Centro para el control Estatal de medicamentos, equipos y dispositivos médicos*. Cuba.

Organización mundial de la salud (2016). “Informe mundial sobre la diabetes” (En línea), disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO\\_NMH\\_NVI\\_16.3\\_spa.pdf;jsessionid=20150CC320BF3B2E8563E09B65CA6CA3?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf;jsessionid=20150CC320BF3B2E8563E09B65CA6CA3?sequence=1)

(Consultado el 20 de diciembre del 2018).

Organización Mundial de la Salud (2018). “Diabetes” (En línea), disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> (Consultado el 10 de diciembre del 2018).

Organización Mundial de Salud (2019) “Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud”, Disponible en:

[https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_inactivity/es/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/) (Consultado el 16 de Julio del 2018).

Organización Mundial de la Salud (2018). “¿Qué es la diabetes?”, Disponible en: [https://www.who.int/diabetes/action\\_online/basics/es/index1.html](https://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html) (Consultado el 16 de noviembre del 2018).

Programa Nacional de Prevención de Diabetes “Fase de seguimiento: Grasas: saturadas, insaturadas y trans”.

Rodríguez, Andrea, Julieta, Aguirre, Paulina, Gudiño y Gabriela Suárez. (2015). *La memoria de nuestros cerros; Ra feni ma t’ohoju*. México: Gobierno del Estado de Querétaro.

Rodríguez, María, Avalos, María y López Concepción. (2014). “Consumo de bebidas de alto contenido calórico en México: un reto para la salud pública”, *Salud en Tabasco*, (En línea) 20(1), pp.28-33, disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48731722006>.

Salazar, Yohana. (2011). "Uso de la metformina en la diabetes mellitus tipo II", *Revista Cubana de Farmacia*, 45(1), pp. 157-166

Soto, Guadalupe, Moreno, Laura y Pahua Daniel. (2016) "Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad", *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 59 (32), pp. 8-22.

Urquíola, Nuria. (2014) "La seguridad alimentaria en México". *Salud Pública de México*, 56(1). disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342014000700014&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000700014&lng=es&tlng=es).

Vázquez, Alejandro y Prieto Diego. (2011). *Los pueblos indígenas del Estado de Querétaro. Compendio monográfico*. México: CDI

Viveiros De Castro, Eduardo. (2010). *Metafísicas Caníbales. Líneas de Antropología postestructural*. Argentina: Buenos Aires. Katz Editores.

Viveiros De Castro, Eduardo. (2004). "Perspectival Anthropology and the Method of Controlled Equivocation", *Tipití: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America*: (2), pg. 1-21.