



Representaciones Sociales de diabetes mellitus tipo 2 en la comunidad maya kaqchikel de Sumpango

Karin Danna Casasola Mazariegos^{1*} y Donovan Casas Patiño²

¹Universidad de San Carlos de Guatemala, ciudad universitaria 11 avenida, zona 12, ciudad de Guatemala, Guatemala. ²Universidad Autónoma del Estado de México, Estado de México, México. *Author for correspondence. E-mail: kdannac@yahoo.com

RESUMEN. La Diabetes ha afectado a la población guatemalteca y en gran medida a los pueblos originarios, muchas veces estigmatizados e invisibilizados simbólicamente por las políticas públicas en salud. El objetivo de este estudio es analizar las representaciones sociales (RS) de la Diabetes Mellitus tipo2 (DMT2) en la comunidad maya kaqchikel de Sumpango. Para ello se realizó un estudio cualitativo utilizando entrevistas semiestructuradas a una muestra por conveniencia de 12 pacientes adultos de ambos sexos con DMT2 sin complicaciones que consultan al Centro de Atención Permanente (CAP) del municipio de Sumpango. Se utilizó la teoría de las “Representaciones Sociales” bajo el enfoque estructural de Abric (2021). Los resultados se analizan en 5 categorías: *identidad, actividad, propósito, normas y valores, posición y relación*. El análisis del discurso muestra las emociones como aspecto medular en la construcción de la identidad del paciente. El control de la DMT2 se enfoca en el ejercicio y en la atención complementaria en salud la cual denota un sincretismo entre sus elementos simbólicos y no simbólicos, los que se materializan en las prácticas terapéuticas. Estas prácticas y el control emocional favorecen la estabilidad física, emocional y el equilibrio frío-caliente. La dieta y la reducción de peso están condicionadas a las normas y valores del colectivo, expresadas a nivel familiar, donde las relaciones de poder tienen significados de apoyo sin limitar la autonomía en las decisiones del paciente sobre su tratamiento. La pandemia COVID influyó en las categorías analíticas al aumentar la percepción de vulnerabilidad, restringir actividades en la búsqueda de atención y modificar relaciones de poder. Se concluye que el análisis de las RS de la DMT2 integra elementos que permiten comprender la realidad de los pacientes maya kaqchikeles, de la que derivan prácticas y conductas respecto a la enfermedad.

Palabras clave: Representaciones sociales; población indígena; diabetes mellitus; enfermedad; salud pública.

Received on January 26, 2022

Accepted on July 14, 2022

Introducción

La prevalencia creciente de diabetes (DMT2) en el mundo está impulsada por una compleja interacción de factores de determinación social -*sociales, económicos, demográficos, educación, políticas públicas, ambientales, de accesibilidad a los servicios de salud entre otros* - que influyen tanto en la génesis como en la evolución de esta enfermedad (Rodríguez-Torres & Casas-Patiño, 2018). Estos han propiciado que la carga de morbilidad por esta causa sea mayor en países de ingresos medios y bajos. Tal es el caso de Latinoamérica donde la DMT2 ocupa las primeras causas de mortalidad en la mayoría de los países entre ellos Guatemala, con una tasa de mortalidad de 43 por 100 mil (Cerón & Goldstein, 2021) y un aumento en la tasa de prevalencia de 4.2% en 1970 (Bream et al., 2018) a 11.4% en 2021, arriba del promedio de 9.5% en Latinoamérica. Esto representa un desafío para las políticas públicas en salud y para los actores involucrados en su abordaje -*profesionales, individuo, familia y comunidad*-.

Para enfrentar este problema el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS, 2015) de Guatemala, desarrolla el Plan Estratégico Nacional para la Prevención de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) el cual se basa en cuatro Líneas Estratégicas: 1. Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ECNT, 2. Factores de riesgo y protectores de las ENT y Cáncer, 3. Respuesta del sistema de salud a las ENT y sus factores de riesgo, 4. Vigilancia e Investigación de las ENT.

Cabe mencionar que la DMT2 ha afectado a la población guatemalteca desde diferentes aspectos los cuales muchas de las veces no son contemplados en las políticas en salud: *sufrimiento, altos costos de bolsillo, espera,*

peregrinaje, el acceso limitado a los servicios de salud y el olvido de la colectividad. Estos representan un gran peso social que impacta de manera física, emocional, económica y social a la persona, la familia y el entorno.

Esta carga recae en gran medida en colectivos marginados como lo son los pueblos originarios o indígenas, quienes muchas veces quedan estigmatizados e invisibilizados simbólicamente por las políticas públicas en salud (Ponce, Muñoz, & Stival, 2017). En Guatemala el pueblo originario Maya conformado por 22 comunidades lingüísticas representa el 41% de la población total y la comunidad Maya Kaqchikel concentra el 17% del pueblo Maya. Algunos indicadores clave pueden evidenciar la problemática de este pueblo para el cual el gasto público es del 2.2% del PIB respecto al 6.5% para no indígenas (mestizos y ladinos), y niveles de pobreza de 72% y 47% en hogares indígenas y no indígenas respectivamente. De esta forma podemos comentar que la situación histórica de exclusión social y vulnerabilidad en la que ha vivido este pueblo en Guatemala es un factor que ha configurado el proceso *salud-enfermedad-atención* donde el modelo biomédico actúa de manera curativadejando de lado aquellas significaciones culturales nunca contempladas *-el vivir con DMT2, el ser diabético, signos y símbolos reprimidos por este modelo-* cuyas estrategias de diagnóstico, tratamiento, prevención y control, se implementan sin tomar en cuenta dichos factores de carga cultural. En consecuencia, se invisibilizan por adecuaciones en salud de carácter vertical, olvidándose por completo del que padece sin lograr disminuir el problema en su origen.

De ahí la importancia de abordar esta multiplicidad de factores que, aunque ignorados desde la mirada de la praxis hegemónica biomédica, muestran una perspectiva global del padecimiento y requieren su inmediata atención y abordaje. Esto apunta a la necesidad de profundizar en el análisis de la DMT2 en el *proceso salud-enfermedad-atención* desde dicha perspectiva a través de la teoría de las representaciones sociales (RS), para integrar elementos que permitan comprender la realidad de la persona con DMT2 de la que derivan prácticas y conductas respecto a la enfermedad. A partir de esta comprensión, contribuir al diseño e implementación de intervenciones que favorezcan la práctica de medidas efectivas de prevención y control, ya que el cambio solo es posible a partir de la comprensión de la realidad. Es así que el objetivo de este estudio es analizar las representaciones sociales de la Diabetes Mellitus tipo2 (DMT2) en la comunidad maya kaqchikel de Sumpango.

Metodología

El estudio hace uso de la teoría de las RS desarrollada por Moscovici a mitad del siglo XX en su estudio sobre la RS del psicoanálisis en la sociedad francesa, el propósito era redefinir los problemas y el marco conceptual de la psicología social a partir de la RS. Moscovici refería que la novedad histórica atraviesa a las sociedades contemporáneas, esta invención transforma la construcción de conocimientos comunes, ya que el vocabulario, la sociedad y nociones para describir y explicar la experiencia ordinaria de cada día provienen del lenguaje y la sabiduría acumulada en la memoria comunitaria, creando la memoria compartida a través de la ciencia y la filosofía, procesan y reestructuran la experiencia y es devuelta a la sociedad transformados en teorías científicas. A partir de esto surge la importancia de estudiar cómo las personas construyen y reconstruyen su realidad social, en este caso se analizan las RS de la DMT2 mediante los discursos de pacientes diabéticos de la comunidad maya kaqchikel que consultan al centro de atención permanente (CAP) del MSPAS en el municipio de Sumpango.

En este Estudio Cualitativo transversal, la muestra se obtuvo de manera no probabilística, consistió en 12 pacientes adultos de ambos sexos que cursaban con DMT2 no mayor a 10 años de su diagnóstico sin complicación alguna, que accedieron a participar previo consentimiento informado. Se utilizó el paradigma cualitativo de las Representaciones Sociales bajo el enfoque estructural según el modelo de Abric, la metódica quedo con los siguientes pasos:

1) La primera fase consistió en un acercamiento micro-etnográfico al espacio de tiempo muerto en las salas de espera, sala de reunión del club de diabetes y vivienda de pacientes para conocerlos y contextualizar el entorno de los discursos.

2) La segunda fase consistió en la construcción del instrumento de investigación tipo entrevista semiestructurada con categorías de análisis. Para ello se siguieron los siguientes pasos:

a. Trabajo de campo en el que se obtuvieron palabras clave respecto a diabetes en un grupo de 5 pacientes diabéticos.

b. Posteriormente, se englobaron las palabras clave a partir de las cuales se generaron categorías analíticas. Las categorías analíticas obtenidas son: *identidad, actividad, propósito, normas y valores y, posición y relación.*

c. Se realizó un banco de preguntas, tomando como eje de estas las categorías analíticas de *identidad, actividad, propósito, normas y valores y, posición y relación*. Estas preguntas fueron valoradas y evaluadas en pertinencia por tres expertos en el área de la investigación cualitativa, que en ronda de 3 revisiones se obtuvo un instrumento final, con lo cual se tiene validez de constructo.

d. El instrumento se aplicó a una muestra de 3 pacientes diabéticos adecuándose en tiempo y sintaxis.

e. Se obtuvo el instrumento final el cual se aplicó a la muestra.

3) Se realizaron entrevistas semiestructuradas utilizando el instrumento en 12 pacientes con DMT2 previo consentimiento informado.

4) Una vez obtenidos los discursos, se procedió a analizar la información por categoría, de acuerdo al núcleo y periferia de las representaciones sociales con respecto a la diabetes, utilizando el software Atlas ti V7.

5) La entrevista semiestructurada fue examinada por asociación de categorías con los discursos, con el objetivo de comprender el significado de la enfermedad por los actores, con apoyo del software Atlas ti e Iramuteq.

6) Este proyecto fue Aprobado por el Comité de Bioética e Investigación en Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala [Numero de Registro 01/2021].

Resultados y discusión

Participaron 12 pacientes, 7 mujeres y 5 hombres con un promedio de 62 años (rango 30 a 80). Todos hablan el idioma maya kaqchikel y el español. Según su estado civil 9 son casados, 3 viudas y 1 separado. Seis pacientes integran familias de tipo nuclear y 6 familias tipo extendidas conformadas por otros miembros (hijos, nietos, yernos, nueras). Según su religión 8 son católicos, 3 evangélicos y 1 se autodefine como cristiano. Respecto al nivel de educación 6 asistieron a la escuela primaria (5 hombres y 1 mujer) y 6 (5 mujeres y 1 hombre) no saben leer ni escribir. En cuanto a la ocupación, todos los hombres son agricultores y 2 trabajan además en servicios, 1 atiende una librería familiar en horario de medio tiempo 3 veces por semana y el otro presta servicios en el cementerio municipal. Las mujeres son amas de casa excepto una que padece lesiones articulares post traumáticas en ambas rodillas que le dificultan moverse. Cuatro realizan labores agrícolas regularmente, 3 en cultivos familiares y 1 en cooperativa agrícola en trabajo temporal. Dos tienen crianza de gallinas para el consumo familiar.

Para la interpretación discursiva de los pacientes con DMT2 en relación con la diabetes, se definieron categorías de análisis preestablecidas: *“Identidad, Actividad, Propósito, Normas y Valores, Posición y Relación”*; las cuales se enfocan en los núcleos temáticos centrales de la estructura y función de las RS de esta investigación. Es alrededor de estas que se desarrolla la interpretación del escenario real de los pacientes en relación con la DMT2.

a. Categoría Identidad

Entendida como la construcción desde el colectivo que define la relación de sí mismo en relación a otro o algo, en este caso el paciente reconstruye la DMT2 mediante asociación discursiva.

Aquí los discursos señalan que *“...las emociones son las que como que suben el azúcar me dijeron y al final comprobé que era eso...”*[E9], *“...con la diabetes uno sufre...”*[E1][E9], *“...uno se siente triste...”*[E4][E5][E8][E10], *“...se altera uno a veces pero es la misma enfermedad, aunque uno no quisiera hay cosas que de repente lo alteran a uno pero la familia tiene que entender...”*[E10], este vínculo entre la diabetes y la esfera emocional muestra una asociación de significaciones emocionales en tres ejes: En el primer eje, se *“sufre”*, este sufrimiento tanto a nivel individual como de grupo étnico expresa vulnerabilidad donde subyacen los efectos de la exclusión hacia los pueblos indígenas en el ámbito de la salud (Lerin, Juárez, & Reartes, 2015)(Cruz-Sánchez & Cruz-Arceo, 2020).

En un segundo eje *“uno se siente triste”*, desde una perspectiva antropológica del *“emic”*, la experiencia al referir *tristeza puede adjudicarse a: sentirse inservible, limitación para disfrutar y percepción de marginación*, a lo cual contribuye el imaginario social al estigmatizar la DMT2y en consecuencia, a quienes las padecen. Es ahí donde inciden las creencias construidas y reproducidas a nivel sociocultural, pero también la información disponible y la carga atribuida a los síntomas. Por lo tanto, la enfermedad es un evento que implica no solo al enfermo sino a las personas de su entorno entre las que circula una gama de significados que moldean la conducta y la subjetividad de estos respecto al enfermo (Leal-Guerrero, Pompa-Guajardo, & Cabello-Garza, 2021).

El tercer eje, *“no hay ánimo de salir”*, el pueblo maya kaqchikel de Sumpango, donde el campo y la agricultura son el centro de la vida cotidiana, la DMT2 impacta no solo su medio de vida sino una dimensión central de la identidad de este pueblo en cuyas expresiones resaltan símbolos como el *“azadón”* o *“el monte”*

los cuales quedan plasmados en el discurso, “...trabajar con azadón no es fácil, la diabetes baja la fuerza, tiene que trabajar limitado, limitado...”[E11], “...íbamos al monte, con la diabetes pues ya no muy salí, no hay ánimo de salir...”[E4], “...yo sin la naturaleza sin la agricultura me moriría, como uno ahí ha crecido pues, esa es mi vida...”[E10], este apego al entorno natural expresa, reafirma y reproduce de acuerdo con su cosmovisión, su identidad colectiva, fortaleciendo su sentido de pertenencia. Por el contrario, su separación de la naturaleza representa su fragmentación que altera sus mecanismos de interrelación y dependencia (Sánchez-Midence & Victorino-Ramírez, 2012), donde la *anomia social* se hace presente a través de una apatía al mundo, a la socialización de pertenencia del estar y ser parte de una comunidad, esto limitado por una enfermedad (Arcos-Guzmán & Peña Mena, 2019). Esta esfera emocional configura en gran medida la experiencia del padecimiento de los pacientes maya kaqchikeles, descrita en otros pueblos como los indígenas chiapanecos (Lerin, Juárez, & Reartes, 2015), los tzeltales, los chontales de Tabasco (Cruz-Sánchez & Cruz-Arceo, 2020) y los ikojts de Oaxaca.

b. Categoría actividad

Se entenderá como la descripción ideológica de lo que se hace respecto a algo, es decir, los significados de las acciones realizadas o a realizar respecto al control de la DMT2. En este caso los discursos en relación con las acciones y actividades por parte de los pacientes hacen referencia a: *el ejercicio, búsqueda de atención complementaria en salud y elementos simbólicos en salud -la herbolaria, las oraciones y/o peticiones y la dieta-*.

- El *Ejercicio*: Al referirse al *ejercicio*, las representaciones colectivas son: “...me voy al monte a hacer ejercicio...”[E1], “...si voy al monte a trabajar, ya es un ejercicio, ¡va! camino bastante...”[E8], “...estos días he estado rajando leña, entonces es un buen ejercicio...”[E10], “...como somos campesinos a veces no tenemos tiempo para salir a correr, (...) voy al campo, llevo mi azadón, caminando, con el mismo trabajo ahí estoy haciendo yo mis ejercicios, mi movimiento y como le digo empieza a sudar...”[E12][E3], “...para mí trabajar en la tierra, trabajar el azadón es un ejercicio, ¡ah! me gusta trabajar...”[E11], estos discursos asocian al *ejercicio* con la *actividad agrícola* de la rutina personal y de grupo, cuyos significados se expresan en dimensiones del *aspecto laboral* y la *posibilidad de estar activo a través del trabajo agrícola*.

En los discursos sobre el *ejercicio*, encontramos una percepción de *beneficio* que se inscribe en los relatos, “...al caminar me siento bien (...) cuando voy al monte y me canso me viene el sueño, sabroso...”[E1], “...iba al monte a cortar tomate y regresaba a limpiarlo, a clasificar y nada de descanso; me sentía alegre, tranquila, iba al campo, no sentía nada, ni qué diabetes ni qué nada...”[E3], “...al caminar me distraigo, me siento un poquito alegre y regreso más tranquila...”[E4], “...salgo a caminar, me ayuda bastante...”[E6], estos discursos denotan *tranquilidad* y *relajación* que ayudan a mitigar los síntomas de la DMT2 en especial cuando se vive con la carga del estigma, el sufrimiento y limitaciones de la enfermedad. De esta manera las labores agrícolas o las caminatas adquieren significados de evasión del estrés psicológico de vivir con DMT2 y un escape a las limitaciones cotidianas que el padecimiento impone.

- La *Búsqueda de Atención Complementaria*: aquí se entenderá como la *búsqueda de una atención complementaria en salud* por parte del paciente con DMT2, la cual no se limita exclusivamente al modelo biomédico curativo, es así que enmarcamos tres modelos: *medicina tradicional, la medicina alternativa y la medicina alópata*.

En un primer momento encontramos discursos en torno a *medicina tradicional*: “...me dijeron las personas, anda con la curandera a pedir tu medicina, ahí curan bien, ella te va a decir por qué tenés esa sed” (...) “me dijo [la curandera] seguro que te agarró la diabetes, eso es lo que hace la diabetes cuando les agarra ¡Les da una gran sed! me daba solo unos montecitos para tomar, me recomendó unas plantas que me hicieron muy bien...” [E2], “...el curandero fue el que me diagnosticó como diabético, él me dijo ¡usted tiene sed; es diabético, yo no creí, luego fui a la clínica donde me confirmaron, ellos son buenos, por eso los consulto, el me atiende con hierbas de los viejos...” [E9], “...muchas veces uno acude con el curandero o el hierbero, ellos lo entienden a uno y además, conocen de nuestra enfermedad...”[E11], estos discursos nos emiten una asociación en el *uso y reconocimiento* de la *medicina tradicional*, entendida como los conocimientos, capacidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales. En esta *zona kaqchikel los curanderos son reconocidos terapeutas de la medicina indígena maya*, de esta forma constituyen actores significativos a quienes se acude para obtener explicación y tratamiento a base principalmente de herbolaria la cual se asociada a tradiciones culturales mayas. (Lerin, Juárez, & Reartes, 2015).

En un segundo momento encontramos a la ‘medicina alternativa’: “...me sentía muy mareada, agotada, mi esposo me dijo vamos mejor a un naturista (...) me dieron un montón de tratamientos naturales, cápsulas hasta 8 o 10 pastillas tomo al día, yo ya estaba aburrida de la medicina, gastamos mucho dinero...”[E3], a pesar de la reciente introducción de la medicina alternativa en la comunidad, el uso de productos naturales a base de plantas la hace culturalmente aceptable pues coincide con una de las prácticas terapéuticas de la medicina tradicional más utilizadas como *la herbolaria* en la que los pacientes reconocen sus beneficios. Ello contribuye a la expectativa de una opción económica y de fácil manejo (Saucedo-Tamayo, Bañuelos-Flores, Cabrera-Pacheco, & Ballesteros-Vásquez, 2006) (García-Reza, Alvirde-Vara, Landeros-López, Solano-Solano, & Elizabeth, 2014) pero esta se disipa ante los costos elevados y las prescripciones prolongadas para lograr el efecto terapéutico, lo que provoca la interrupción del tratamiento.

En un tercer momento encontramos a la ‘medicina alópata’. En esta se inscriben en primer lugar los servicios públicos del CAP de Sumpango, al que se refieren los pacientes como “la clínica” o “el centro de salud”, los discursos demuestran como: “...dije yo, pero que será que solo agua quiero ¡Ah! mejor me voy al centro de salud a chequear la sangre. ¡Ay Dios! señora usted 500 de azúcar me dijeron (...) ahora voy al centro de salud mes a mes a chequear la sangre y me dan pastillas...”[E1], “...empecé a orinar cada media hora, me dijeron mejor andá al centro de salud que te tomen el nivel de azúcar, estaba en 338, 328 me dejaron el tratamiento ...”[E9], “...sentí yo que solo durmiendo me mantenía, por eso es que llegué allá en la clínica ¡qué si me dijeron que sí soy diabética! (...) allí me dieron mis medicinas la metformina y la glimepirida ...”[E5], “...para controlar la diabetes solo voy a la clínica y me hacen un chequeo de azúcar...”[E4] [E6], “...tengo que controlar la diabetes por medio de las pastillas, los doctores y el centro de salud...”[E8], de esta manera la información compartida y la experiencia con la medicina alopática contribuyen a elaborar las RS de la búsqueda de atención en la que se conjuga el saber médico y el saber popular para el diagnóstico, el control y el tratamiento de la DMT2 (Torres-López, Sandoval-Díaz, & Pando-Moreno, 2005) a la que se refieren los pacientes como “[...] una enfermedad silenciosa, similar al cáncer que se puede controlar con pastillas”. Esta asociación la describen como incurable pero controlable, se comenta la necesidad de la medicalización durante su vida como diabético que denota una sumisión a un sistema biomédico curativo en el que se configura la identidad del que padece como “paciente”.

En la búsqueda de atención en la medicina alópata, los pacientes transitan entre el sistema público y el privado “...a veces iba a la clínica del centro de salud, ahora ya no, como llega mucha gente yo me desespero y me pongo más mala (...) pero mes a mes requiere dinero para comprar la medicina. Por eso estaba diciendo ayer ¡Ah! me voy a la clínica...”[se refiere al CAP][E5] “...cuando estoy mal mi hija llama al doctor y viene a curarme...”[E1], “...mis hijos varones me dijeron mamá estás mal, tenés que irte a curar no te quedás solo así. Me llevaron con el doctor y me mandaron a hacer un examen, ellos pagaron la medicina y el tratamiento...”[E3], “...me fui a sacar examen, ya tenía 500, me llevaron mis hijos con el doctor, me recetaron medicina para la diabetes y compraron todas...”[E11], “...mi hija me dio unos mis centavitos, me apoyó y me fui a hacer mis exámenes...”[12]. Se valora la atención en el CAP como alternativa accesible de servicios de salud y medicamentos gratuitos, pero la demora en la atención por la alta demanda desmotiva la consulta y los servicios privados son considerados especialmente en dos situaciones: cuando se percibe mayor gravedad y para solventar la necesidad de medicinas en un tiempo menor al que requiere obtenerlos en el CAP. Los gastos que ello implica para quienes viven de una economía de subsistencia, como la población indígena de Sumpango, impactan el presupuesto familiar y resultan insostenibles para los pacientes (Juárez-Ramírez et al., 2015). Por lo tanto, los servicios públicos del CAP constituyen la opción más viable en la búsqueda de atención, y a pesar de los señalamientos, existe alta demanda de servicios.

- Aunado a lo anterior, cabe mencionar que los pacientes mencionaron *Elementos Simbólicos en Salud*, los cuales entenderemos como los discursos que lleven una carga relacionada a la comprensión de la atención de la DMT2, donde existen fenómenos sociales de práctica curativa como *la herbolaria*, *las oraciones* y/o *peticiones*.

Herbolaria: eficacia simbólica curativa

Los discursos remiten lo siguiente “...tome un tiempo de esa hoja de guayaba, la guayaba fuerte, se me baja (el azúcar)...”[E5], lo cual reafirmó la hija de la paciente al mencionar resultados de glucemia en 100 y 90 dentro del límite normal, “...licuado con macuy, güisquil, pepino y papa mañana y tarde, me ha caído bien; me salía en 135, 138 en ayunas...”[E7], “...yo me preparo palo de vida, chupamiel y copalchí en medio litro agua hervida, un vaso después de cada comida fue como un milagro para mí...”[E9], “...hace dos meses empecé con esa sábila, eso me ha aliviado, me quitó la orinadera, me quitó la sed, me he sentido buenísimo...”[E10], se configura a través de los discursos una *eficacia simbólica curativa* valorada a través de la voz del otro, resignificada en un

laboratorio clínico y con una tradición cultural en el manejo de la *herbolaria*. Así de esta forma el sincretismo curativo para el control de la DMT2 es parte de esta comunidad kaqchikel. La coexistencia de diversos modelos de atención ofrece alternativas de tratamiento disponibles que se articulan, incorporándose elementos de cada uno en las prácticas de la vida cotidiana de los pacientes conformando una “*hibridación dinámica de las prácticas*”. Entre estas, la *herbolaria* (Medina-Fernández, Medina, Celis, & Sosa, 2018) “...tomo agua de monte insulina, el monte insulina es bueno dicen ...”[E3] “...para defenderme tomo lo natural, el monte insulina para la diabetes calma la enfermedad...”[6]. Preparados como té, licuados, mezclas con alcohol y fragmentos de plantas entre las que se incluyen la *insulina*, *hoja de guayaba (morada, ácida o fuerte)*, *mano de león*, *verbena*, *ajenojo*, *hoja de limón*, *nopal*, *macuy*, *granada*, *chichicaste*, *sábila*, *palo de jiote*, *palo de vida*, *copachí*, *palo de miel* o *chupa miel*, se utilizan regularmente por sus beneficios respecto a los que se reportan interpretaciones de bienestar en pacientes indígenas y no indígenas (Cruz-Sánchez & Cruz-Arceo, 2020; García-Reza, Alvirde-Vara, Landeros-López, Solano-Solano, & Elizabeth, 2014). Se evidencia de esta forma, el *sincretismo* en la búsqueda del alivio de la DMT2 como parte de un proceso terapéutico a lo largo del tiempo.

Creencias religiosas: oraciones o peticiones

En esta comunidad indígena se expresan reiteradamente frases de invocación en las que los pacientes depositan el control de su vida y de su enfermedad en el “*poder divino*” mediante *plegarias* y *oraciones* “...me pongo a clamar a Dios que controle mi vida...”[E3,E7,E9], “...yo pido a la madre Santísima que me que me ayude con esta enfermedad...”[E5], “...he orado por la enfermedad y le he pedido a Dios...”[E8,10], “...confío en Dios nada más, qué más nos queda...”[E6], “...hablo con el ser supremo (...) confío en Dios todopoderoso...”[E11], se demuestra la movilización por los pacientes, de recursos espirituales a través de mecanismos insertos en su sistema de creencias y valores que actúan en forma positiva permitiéndole enfrentar de manera eficaz y tolerable el sufrimiento en situaciones negativas o estresantes como lo es vivir con DMT2. Las plegarias invocan al “*poder divino*” como representación del control de la vida y los resultados de salud de los pacientes, trascendiendo explicaciones sobre la eficacia terapéutica. Es ahí donde subyace la fe a una religión como operadora de toda sanación.

Las creencias religiosas adquieren peso al posicionarse ante el tratamiento y la medicación, se expresan en dos sentidos: la práctica de la “*fe*” y el “*rechazo a los medicamentos*”. Desde una dimensión espiritual, la *fe* como operadora de toda sanación se sobrepone al efecto terapéutico de los medicamentos y en ausencia de respuesta sanadora, se cuestiona la *fe* del paciente, “...mi esposo me dice, ¡Ay! confiemos en Dios, pedí mucho a Dios. Yo sé que para Dios no hay cosa difícil, no hay cosa imposible. Pero me dice que tengo muy poca fe. Sí, de veras digo yo, ¡Qué voy a hacer pues! si no tomo las pastillas ya rápido me sube el azúcar, ya tengo molestias, me da dolor de cabeza, me siento mareada. Así le digo a mi esposo...”[E3]. De esta manera se produce una tensión entre los significados de control y alivio de los síntomas por efecto de los medicamentos según la experiencia del paciente, y la RS de Dios como agente sanador de la enfermedad, creando conflictos entre creencias religiosas y experiencias. En este sentido, subyace la creencia de que solo por intervención de Dios o de un milagro es posible la curación de la diabetes o su control como estado equivalente (Torres-López et al., 2005).

Dieta

Desde la perspectiva del paciente las prácticas relacionadas con la dieta se resumen en las frases: *comer con medida*, *como poco*, *no comer azúcar*, *evitar cosas dulces*, *comer verdura*, *dejar de consumir gaseosas*, *tomo agua*, *solo dos tortillas*, sin una clara noción de alimentación balanceada acorde a su padecimiento. La recomendación médica de limitar el consumo de “*tortillas*” (producto elaborado a base de maíz molido), generó rechazo ya que es un elemento básico en la alimentación de los pueblos mayas desde el tiempo prehispánico y se asocia a creencias y rituales dentro de su cosmovisión (Terán & Rasmussen, 2009) (Leyva-Trinidad, Pérez-Vázquez, Bezerra da Costa, & Formighieri-Giordani, 2020). Su contenido calórico entre 100 y a 200 kcl por 100 gramos para un consumo diario estimado de 300 gr provee hasta un 59% de la ingesta calórica diaria. Según la cultura alimentaria local, consumir tortilla en grandes cantidades responde a la alta demanda calórica que requiere el trabajo agrícola, “...como uno es agricultor gasta fuerza, gasta energía en el campo está acostumbrado a comer tortillas entonces, la hierba no suple la tortilla, siempre me da hambre...”[E10] “...dos tortillas a mí no me alcanzan...”[E8]. Es por ello que su restricción se interpreta como incompatible para sus necesidades e implica un rompimiento de la cultura e identidad del pueblo maya kaqchikel por su relevancia simbólica.

c. Categoría propósito

Esta categoría se refiere al significado que el colectivo otorga a un sentido social e ideológico siempre que tengan propósitos (positivos o negativos). De esta manera los discursos más frecuentes se refieren al *control emocional* y a las *prácticas terapéuticas*.

- El *control emocional* constituye un mecanismo de afrontamiento para el control de la DMT2 fundamentado en la experiencia empírica compartida en el grupo de pacientes, quienes relacionan las emociones con elevación del "azúcar", "...a la mayoría de personas con que he platicado con este problema, las emociones les ha afectado mucho (...) un señor que ya lleva como unos 25 años con diabetes me dijo, vos tratá de no alterarte, no enojarte porque el enojo hace que se le eleve a uno el azúcar yo lo he comprobado. Las emociones sí hay que tratar de controlarlas me decía, yo en mi mente digo voy a estar tranquilo..." [E9], "...si uno se decae dice ya no hay medicina que... se va uno a la tumba, pero si la mente es positiva dice ¡no! voy a salir adelante!..." [E10]. "...es mejor no poner atención a la preocupación porque la preocupación nos da molestia al cuerpo, se sube el azúcar..." [E11] en estas expresiones del "conocimiento de sentido común" construido en el colectivo y compartido en las comunicaciones del grupo, se plantea el *control emocional* como recurso para la *contención de la enfermedad* y la *estabilidad de la glucemia* (Hirsch & Alonso, 2020) (Alba, Salcedo, & Coutiño, 2014). Es así como este adquiere sentido social con propósito positivo desde su propia valoración subjetiva sustentada en la vivencia cotidiana con el padecimiento.

- Las *Prácticas terapéuticas* se asocian a significados que se expresan en tres sentidos: los beneficios de los hipoglucemiantes, razonamientos para su utilización y el equilibrio "frío-caliente".

El primero remite a los beneficios percibidos por el consumo de hipoglucemiantes como *el alivio, ayuda bastante, control del azúcar, me calma, estoy pasándola bien, me motiva a estar saludable*. Los pacientes reconocen el efecto de los medicamentos a los que asocian una condición de estabilidad que se refleja un estado físico y emocional de alivio y estar saludable, "...la pastilla esa me está haciendo un poco de alivio (...) la metformina me está ayudando..." [E1], "... con las pastillas metformina y glimepirida me controlo el azúcar..." [E3], "...me dieron mi tratamiento, pastillas y con eso me calma, ahí estoy pasándola bien..." [E5], "...hacer el tratamiento, las pastillas me motiva estar saludable..." [E10]. El beneficio de las *pastillas* se constata cuando al dejar de tomarlas, se experimenta el reaparecimiento de síntomas, "...si yo no tomo las pastillas ya rápido me sube el azúcar ya me molesta me da dolor de cabeza, me siento mareada..." [E3], "... cuando no tomo las pastillas, ahí si me pongo yo alterado..." [E8], se resignifica de esta manera el tratamiento farmacológico como recurso que permite la continuidad de la vida cotidiana.

El segundo se centra en razonamientos basados en la experiencia con el padecimiento que definen la práctica terapéutica a base de *pastillas*, "...me dijeron usted es diabético porque tu azúcar está alto me dijo, tiene 306. De verdad, pero no he sentido un malestar dije (...) me dieron mi puño de pastillas, solo como 15 días lo tomé..." [E12], "...se me quitaron todos los síntomas, ya no sentía nada (...) dije yo de repente ya está normal por eso digo me confié, entonces dejé de tomar un poco las pastillas y el agüita, fue el error se me volvió a descontrolar otra vez, yo mismo decidí volver a tomar pastilla..." [E9], los discursos develan que el consumo de *pastillas* obedece a la presencia de malestares o síntomas como elementos centrales de la RS de la DMT2 y en función de ello, se decide suspender o continuar la medicación. Se evidencia así el desarrollo de estrategias propias de tratamiento las cuales generalmente no son expresadas en la consulta por temor a ser criticados o regañados (García-Reza, Alvirde-Vara, Landeros-López, Solano-Solano, & Elizabeth, 2014).

El tercer aspecto se refiere a concepciones mayas que vinculan las *pastillas* (medicina química) con un desequilibrio "frío-caliente" (Chávez-Guzmán, 2011) "...me dicen que trate de buscar algo natural que le ayude porque eso va a acompañado de un poco caliente un poquito frío, lo químico es lo más caliente que hay porque después de un mes, dos meses a algunos les provoca dolores. Entonces siempre tratar de buscar algún método natural que le ayude por lo menos, que no le afecte tanto las pastillas y que los dos vayan como que ayudándote y esté en un equilibrio..." [E9]. Los atributos *frío* o *caliente* se asocian a una especie de "energía" o propiedades de objetos, alimentos y medicinas, y no a su temperatura. La medicina química (*pastillas*) se considera *caliente* mientras la medicina natural se considera inocua y al combinarla con medicina química contrarresta dicho efecto y restituye el equilibrio del cuerpo. La noción simbólica de *lo frío* y *lo caliente* actúa como principio estructurante de las RS de *salud-enfermedad-atención* del colectivo y remite al sentido de dualidad en que los pueblos mayas conciben el mundo. Se expresa en prácticas curativas que responden a una "lógica de lo contrario", "...pastillas y lo natural ayuda bastante..." [E7], "...tomaba la pastilla y un vasito de esa agüita de monte natural..." [E9]. En la cosmovisión maya y de otros pueblos de Mesoamérica estas creencias aportan elementos culturales a las RS y prácticas terapéuticas de la DMT2.

d. Categoría normas y valores

Esta Categoría representa lo que el individuo considera como bueno o malo, correcto o erróneo respecto a la DMT2 y lo que en las propias acciones y propósitos se trata de respetar o de alcanzar. Acá se asocian significados en dos dimensiones:

La primera dimensión se refiere a la dieta prescrita por el médico dentro del ámbito de los hábitos alimentarios “...probé la dieta como 15 días, empecé a rebajar, a adelgazar y yo sentía que me estaba matando a mí mismo porque ya no comía lo que debía ser...”[E10]. “...los agricultores los del campo no aguantamos la dieta...”[E10], “...respeté un tiempo las normas de los doctores: límite de tortillas, límite de pan, aguas gaseosas (bebidas carbonatadas) quedó eliminado. Entonces se muere uno del hambre (...) dije yo definitivamente me estoy limitando mi propia vida. Con el permiso de nuestro padre Dios, no desví mis gustos. Media vez se me presenta cualquier cosa yo lo como combinado con las pastillas...”[E8]. “...como un mes hice dieta, no comí lo normal (...) me rebajé completamente. Después me dijeron mis hijos, mamá ¡comé! te morís y todo se va a quedar, después me puse a comer...”[E6]. Los relatos muestran los conflictos y declaraciones generadas por el cumplimiento de la dieta en los que se rechaza el cambio de hábitos alimentarios culturalmente arraigados e inscritos en sus RS (Alba, Salcedo, & Coutiño, 2014). De esta manera, el cumplimiento de la dieta en la vida cotidiana queda condicionada al marco valorativo del colectivo, expresado en el ámbito familiar.

La segunda dimensión se enfoca a la percepción corporal ligada al peso “...le dije a mi esposa, dicen que estoy obeso, ¡qué vas a estar obeso! puro esqueleto estás me dijo...”[E10], “...me dicen unas personas te rebajaste de peso te enfermaste, parece que estás muy pálida, muy delgada...”[E6], “...las personas dicen adelgazó bastante, lo miran a uno como que no está bien...”[E7] “...muchos me dicen ¿Qué tal esta? pues regular por la gracia de Dios. Y porqué regular me dicen, si yo lo miro gordo a usted, usted no está regular, usted está bien...”[E8], las valoraciones que emiten los discursos denotan una construcción simbólica de la imagen corporal en el contexto social y cultural en el que un cuerpo delgado se asocia a debilidad o enfermedad mientras un cuerpo rollizo significa salud y bienestar en antagonismo a las concepciones del enfoque biomédico. En la comunidad kaqchikel de Sumpango, al igual que en otros pueblos mayas, las RS de la imagen corporal parecen remitir a procesos históricos de privaciones, explotación y marginación desde la invasión española que imprimieron en el imaginario de este pueblo, una autoimagen de cuerpos delgados y escuálidos. En oposición a ello, se significa el cuerpo obeso como expresión de la imagen corporal deseable (Eroza & Aguilar, 2014). Estas percepciones son puestas en diálogo con las RS del colectivo donde se confirman y retroalimentan, lo que dificulta dotar de sentido a las prescripciones dietéticas y a la reducción de peso en el control de la DMT2.

e. Categoría posición y relación

Esta categoría se enfoca en las relaciones de poder influyentes en el colectivo en los que puedan generarse algún tipo de conflicto. Es decir, quien decide por sobre el paciente con DM respecto al tratamiento. En esta categoría se identifican tres aspectos: *El apoyo familiar, el rol de los hijos y las decisiones sobre el tratamiento.*

En el primero se asocia al *apoyo familiar*, los discursos *mis hijos, mi esposa/a se preocupan por mí, me apoyan*, se contextualizan en el ámbito familiar y se dirigen al cuidado y a la protección sin pretender la subyugación o el control del paciente. Muestra de ello es el siguiente testimonio, “...la familia cuando me miran tomar algo, me dice que no debo tomar, con las tortillas igual, hay apoyo en ese lado, para mí es apoyo no es represión...”[E10], las intervenciones familiares fueron interpretadas como expresiones de apoyo que motivaron a los pacientes a realizar las acciones terapéuticas. Aunque en este estudio la familia fue un actor fundamental de soporte, se han descrito RS de apoyo familiar con significados que varían desde el afecto, la comprensión e inclusión, o bien el interés y acompañamiento al paciente según la perspectiva de la familia; hasta el control excesivo que restringe la autonomía (Juárez-Ramírez et al., 2015)(Santos, Alves, Oliveira, Ribas, Teixeira, & Zanetti, 2011)(Rodríguez, Camacho, Escoto, Contreras, & Casas, 2014).

El segundo muestra interacciones familiares donde resalta *el rol de los hijos* en las decisiones sobre el tratamiento y la búsqueda de atención, “...mi hija está pendiente de mí, me dice que tome mi pastilla, entonces yo la tomo...”E5, “...vos tomá solo la pastilla. Así me dijo mi hija...”[E1], “...cuando me siento más mal ellos [los hijos] deciden y me llevan con doctor...”[E10]. Contrario a las relaciones de poder que puedan generar conflicto, la influencia de los hijos estuvo ligada al compromiso con la salud de los pacientes y a sufragar los gastos derivados de la enfermedad. Se refleja en estos grupos familiares una cohesión y convivencia social basada en el ejercicio de valores como la solidaridad, la responsabilidad compartida y el respeto que caracterizan la crianza de los hijos en el pueblo maya kaqchikel.

El tercer aspecto aborda las *decisiones* sobre el tratamiento en la práctica cotidiana “...yo decido lo que hago, solo la pastilla y un vaso de agua tomo...”[E1], “...solo yo misma me pongo a tratarme a tomar mi pastilla mi medicina (...) cuando yo quiero, como mi monte y así empiezo a tomar...”[E3], “...yo me controlo sola, así como me lo indican. Yo sola me tengo que controlar porque uno tiene que estar al día con su medicina...”[E7], “...yo mismo tomo mi decisión...”[E8], “Yo mismo decidí volver a tomar pastillas...”[E9], “...yo decido hacer la dieta, no consumir nada de azúcar...”[E11], “...yo tengo que hacerle frente y hay que estar en tratamiento...”[E12], se denota en los discursos un sentido de *autonomía* y poder de los pacientes sobre sus decisiones cotidianas respecto al tratamiento en congruencia con la categoría de sujetos “proactivos” (Alba, Salcedo, & Coutiño, 2014) en el control de la DMT2.

Una de las categorías emergentes durante el estudio fue el contexto de *la pandemia COVID 19*, aquí se observó una influencia de este fenómeno en las categorías analíticas. Las asociaciones discursivas muestran resignificación de la *identidad* por la doble percepción de vulnerabilidad al padecer DMT2 y por el riesgo de contraer COVID provocando un estado de estrés psicológico adicional al que implica vivir con la DMT2. Por otro lado, la *actividad* para el control de la DMT2 se redujo por abstención temporal a la consulta médica, el espaciamiento de citas por temor al contagio o la desinformación del proceso de atención de enfermedades distintas al COVID. La categoría *Posición y Relación* develó subyugación de los pacientes a las decisiones de los hijos, quienes por un lado impusieron restricciones temporales para acudir al CAP o a espacios públicos para prevenir un eventual contagio de los pacientes, y por otro, proveyeron los medicamentos según sus posibilidades económicas. Aunque las restricciones influyeron en las decisiones de los pacientes, estos sobrepusieron su autonomía y reanudaron las consultas y labores cotidianas adoptando medidas de prevención de la COVID. En todo caso, se valoró la continuidad del tratamiento al que los pacientes atribuyeron significados con sentido positivo en la categoría *Propósito*, además de resignificarlo como recurso para controlar la DMT2 y reducir la vulnerabilidad al COVID, lo que remite a la categoría *Normas y Valores*.

Respecto al componente de la estructura de las representaciones sociales de diabetes mellitus tipo 2 en la comunidad maya kaqchikel, observadas a través de Iramuteq [Figura 1], podemos describir que la diabetes guarda una relación directa a un núcleo con enfermedad, dios, malestar, azúcar, vivir, familia, enojo, trabajar y asistencia en salud –medico/doctor-, y una periferia muy marcada con sobrevivir, medicamento, luchar, recuperar, funcionar, esperar y decaer, podemos de esta forma hacer una construcción en torno a que estas representaciones sociales nos invitan a la reflexión en torno a la eficacia simbólica depositada en la religión, las variantes de los modelos curativo-biomédico, herbolaria, entre otros-, y la esfera emocional, lo que constituye tres elementos de análisis en la búsqueda de espacios de entendimiento entre la Salud Pública y las comunidades indígenas.



Figura 1. Estructura de las representaciones sociales de diabetes mellitus tipo 2 en la comunidad maya kaqchikel.

Fuente propia.

Conclusiones

Este estudio reconstruye desde la voz de la población maya kaqchikel de Guatemala, el discurso de una enfermedad que destruye colectivos sociales y se expresa en un escenario simbólico de lucha y conflicto.

Debemos repensar estrategias de búsqueda de estilos de vida saludable en esta población, donde la Salud Pública mediante sus ejes de análisis contemple escenarios previos a las manifestaciones de la diabetes y no solo concentrase en modelos curativos. Existe todo un modelo teórico de anclaje preventivo en salud, pero consideramos que a través de modelos de análisis de la determinación social en salud, podremos resignificar el buen vivir de estos pueblos originarios.

Referencias

- Alba, J. E. G. de., Salcedo, A. L., & Coutiño, B. L. (2014). Uma abordagem ao conhecimento cultural do diabetes mellitus tipo 2 no oeste do México. *Desrespeitos. Jornal de Ciências Sociais*, 21, 97–108. DOI: <https://doi.org/10.29340/21.1383>
- Arcos-Guzmán, M. J., & Peña Mena, K. E. (2019). Representaciones sociales de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de Cuautla, México. *Pensamiento Psicológico*, 17(2), 121-134. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80162885008>
- Bream, K. D. W., Breyre, A., Garcia, K., Calgua, E., Chuc, J. M., & Taylor, L. (2018). Diabetes prevalence in rural Indigenous Guatemala: A geographic-randomized cross-sectional analysis of risk. *PLoS one*, 13(8), e0200434. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200434>
- Cerón, A., & Goldstein, G. (2021). Mortalidad por diabetes en Guatemala 2018: patrones e inequidades. *Anthropology: Faculty Scholarship*, 10(198), 76-98. Recuperado el 2022 de enero de 19, de https://digitalcommons.du.edu/anthropology_faculty/36
- Chávez-Guzmán, M. (2011). Médicos y medicinas en el mundo peninsular maya colonial y decimonónico. *Península*, 6(2), 71-102. Recuperado el 19 de enero de 2022, de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/peninsula/article/view/44447/40159>
- Cruz-Sánchez, M., & Cruz-Arceo, M. A. (2020). El significado de la diabetes mellitus entre indígenas chontales de Tabasco, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 18(1), 149-175. DOI: <https://dx.doi.org/10.15517/psm.v18i1.40092>
- Eroza, E. & Aguilar, R. (2014). La obesidad y el sobrepeso en los altos de Chiapas: sus múltiples paradojas entre los mayas de los Altos de Chiapas. En J. T. Page, *Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública* (1a. ed., p. 129-145). Mexico: Universidad Nacional Autónoma de Mexico.
- García-Reza, C., Alvirde-Vara, R., Landeros-López, M., Solano-Solano, G., & Elizabeth M. C. M. (2014). Resistencia frente a la enfermedad relato de un cuerpo dañado por la diabetes. *Aquichan*, 14(4), 485-495. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.4.4>
- Hirsch, S., & Alonso, V. (2020). La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud. *Salud Colectiva*, 16, e2760. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2760>
- Juárez-Ramírez, C., Theodore, F. L., Villalobos, A., Jiménez-Corona, A., Lerin, S., Nigenda, G., & Lewis, S. (2015). Social Support of Patients with Type 2 Diabetes in Marginalized Contexts in Mexico and Its Relation to Compliance with Treatment: A Sociocultural Approach. *PLoS One*, 10(11), e0141766. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141766>
- Leal-Guerrero, L., Pompa-Guajardo, E., & Cabello-Garza, M. (2021). Construcciones subjetivas ante el duelo de un cuerpo sano en adolescentes con diabetes mellitus1. *Psicología y Salud*, 31(1), 61-67. DOI: <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2676>
- Lerin, S. J., Juárez, C., & Reartes, D. (2015). Creencias de indígenas chiapanecos en torno a la diabetes y posibilidades de atención intercultural. *Salud Problema*, 9(17), 27-41. Recuperado el 19 de enero de 2022, de <https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/413/413>
- Leyva-Trinidad, D.A., Pérez-Vázquez, A., Bezerra da Costa, I., & Formighieri-Giordani, R.C. (2020). El papel de la milpa en la seguridad alimentaria y nutricional en Hogares de Ocotil Tezizapan, Veracruz, MX. *Polibotánica*, 50, 279-299. DOI: <https://doi.org/10.18387/polibotanica.50.16>

- Medina-Fernández, J., Medina F. I., Celis, C., & Sosa, Y. (2018). Saberes y prácticas de una población rural maya con diabetes tipo 2 sobre plantas medicinales. *Enfermería Comunitaria*, 6(2), 76-91. Recuperado el 19 de enero de 2022, de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/08/910303/saberes-y-practicas-de-una-poblacion-rural-maya-con-diabetes-ti_2dDKS06.pdf
- Ponce, P. M., Muñoz, R., & Stival, M. (2017). Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. *Salud colectiva*, 13(3), 537-554. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1120>
- Rodríguez, A., Camacho, E.J., Escoto, M.D., Contreras, G., & Casas, D. (2014). Representación social del apoyo familiar al diabético en usuarios de una unidad de medicina familiar en Chalco, Estado de México. *Meadwave*, 14(7), e6011. DOI: <https://doi.org/10.5867/MEDWAVE.2014.07.6011>
- Rodríguez-Torres, A., & Casas-Patiño, D. (2018). Determinantes sociales de la obesidad en Mexico. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 26(4), 281-290. Recuperado el 19 de enero de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim184h.pdf>
- Sánchez-Midence, L., & Victorino-Ramírez, L. (2012). Guatemala: cultura tradicional y sostenibilidad. *Agricultura, sociedad y desarrollo*, 9(3), 297-313. Recuperado 19 de enero de 2022, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/asd/v9n3/v9n3a4.pdf>
- Santos, M. A., Alves, R. C. P., Oliveira, V. A., Ribas, C. R. P., Teixeira, C. R. S., & Zanetti, M. L. (2011). Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 651-658. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300015>
- Saucedo-Tamayo, M. del S., Bañuelos-Flores, N., Cabrera-Pacheco, R. M., & Ballesteros-Vásquez, M. N. (2006). La práctica de la medicina alternativa una realidad en el paciente diabético en Hermosillo, Sonora, México. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 7(4). Recuperado el 19 de enero de 2022, de <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/177/159>
- Terán, S., & Rasmussen, C. (2009). *La milpa de los mayas* (2a ed.). Mérida, Yucatán, MX: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado el 19 de enero de 2022, de <https://www.cephcis.unam.mx/wp-content/uploads/2020/04/milpa-de-los-mayas.pdf>
- Torres-López, T. M., Sandoval-Díaz, M., & Pando-Moreno, M. (2005). "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 101-110. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100012>