

Vivir con diabetes

La voz de las mujeres mayas;
un análisis desde el
Trabajo Social



María Ermila Moo Mezeta



Vivir con diabetes

la voz de las mujeres mayas;

un análisis desde el

Trabajo Social

María Ermila Moo Mezeta





Figurilla de Ixchel, con conejo

“Se le relaciona con el embarazo y el parto, pero también con la medicina, las aguas, la pintura, el arcoíris, los textiles, la fertilidad de la tierra y la noche, aunque como diosa anciana se le representaba de manera destructiva, causante de catástrofes e inundaciones. En el período Clásico, se le representaba cargando un conejo, símbolo de la luna”. INAH

Primera Edición: mayo de 2023

© 2023 Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social.
ISBN: 978-607-99427-9-3

Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social
Universidad Autónoma de Yucatán
Universidad Autónoma de Sinaloa

© 2023 Por características tipográficas y de diseño editorial ACANITS A.C.

Portada: Martín Castro Guzmán

Todos los artículos de este libro fueron sometidos a dictamen doble ciego por pares académicos y es responsabilidad del autor.



Este libro electrónico es editado por la Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social (ACANITS) bajo la licencia Creative Commons CC BY- NC-SA 4.0; que de manera gratuita pone a disposición esta obra siempre y cuando se atribuya el crédito al autor. También puede leer, descargar, compartir, copiar y redistribuir el material sin fines comerciales y con la utilización de esta misma licencia.

Impreso en México.

Índice

	Pág.
Introducción	9
Capítulo I. Construcción del discurso en el automanejo de la diabetes en mujeres mayas	17
Formulación del problema de la diabetes.	27
Marco Teórico: Salud y Pueblos indígenas desde la cultura y el interaccionismo simbólico.	31
Estudios sobre automanejo y diabetes.	31
Diabetes en población maya.	37
Aspectos culturales de los pueblos mayas.	40
Salud y pueblos indígenas.	42
Estudios sobre la mujer maya y la cultura de género.	48
La teoría de la cultura para el abordaje de las estrategias de automanejo de la diabetes en mujeres mayas.	50
Capítulo II. La presencia de la cultura en la vida de mujeres mayas con padecimiento de diabetes.	54
Cosmovisión y cultura en el grupo de estudio: mujeres mayas con diabetes.	64
Marco metodológico del interaccionismo simbólico para el estudio de las estrategias de automanejo en mujeres mayas con diabetes.	65
Contexto maya en la vida de mujeres mayas con padecimiento de diabetes.	77
Los derechos humanos y de salud de comunidades indígenas en el marco de la cultura.	78
Los derechos humanos en comunidades indígenas.	79
El derecho a la salud en comunidades mayas.	80
Conceptualización de las estrategias de automanejo desde el binomio para entorno.	82
Posicionamiento teórico sobre las estrategias de automanejo.	84
Políticas Sociales en Salud en Comunidades Indígenas en México.	89
Política Social en Salud en Yucatán.	94
Política social en salud en Sotuta Yucatán.	98

La aceptabilidad y accesibilidad en los servicios de salud.	99
Análisis y discusión de resultados.	101
Características de los servicios de salud: realidades en el acceso a la salud para atender la diabetes en mujeres mayas.	102
Accesibilidad.	103
Accesibilidad y calidad.	109
Disponibilidad en la atención de la salud.	111
Capítulo III. Estrategias que desarrollan las mujeres mayas en las dimensiones del automanejo de la diabetes.	117
Recursos con los que se cuentan para atender la diabetes.	118
Elementos personales y familiares como recursos culturales para la implementación de estrategias de automanejo.	118
Apoyo activo de la comunidad como recurso para el desarrollo de estrategias de automanejo en la diabetes.	119
Conocimiento: como el resultado de las interacciones sociales de las mujeres mayas.	120
Adhesión a un plan: retos culturales de los servicios de salud y mujeres Mayas.	121
Participación: significados y experiencias de las mujeres mayas determinantes para percibir la enfermedad y actuar ante ella.	120
Experiencias de vivir con diabetes de mujeres mayas.	133
Toma de decisiones informada: automanejo de la enfermedad en su cotidianidad.	134
Los aspectos culturales y simbólicos como medio de apoyo al desarrollo de estrategias de automanejo en su experiencia de vivir con diabetes.	136
Proceso de construcción de las estrategias de automanejo.	140
Elementos socioculturales y de salud que influyen en el establecimiento de estrategias de automanejo de las mujeres mayas.	142
Mitos sobre la diabetes en mujeres mayas.	145
Uso de información inconsecuente respecto al automanejo de la enfermedad.	147
Costumbres respecto a la alimentación.	149
Uso de medicina tradicional.	154
Capítulo IV. Reflexiones finales a modo de conclusión	162
Bibliografía	171

Introducción

De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015 y el criterio de hogar México la población indígena representa una organización social pluriétnica que concentra el 10.1% de la población total, de la cual, 6 millones 146 mil 479 son mujeres (51.1%) y 5 millones 879 mil 468 son hombres (48.9%) (Instituto Nacional de Pueblos Indígenas, 2018). En la actualidad, se ha priorizado su atención y ha cobrado presencia en los discursos tanto internacionales como nacionales en cuanto a la protección y respeto de los Derechos Humanos. Sin embargo, en la realidad enfrentan un limitado y difícil acceso a tales derechos, generando situaciones de discriminación y exclusión en la sociedad.

La población indígena de México ha estado en desventaja en distintos ámbitos de su vida, ello debido a los altos índices de pobreza y derechos trasgredidos que posicionan a las personas indígenas en un nivel de bienestar por debajo de los estándares nacionales e internacionales. De lo anterior, el Instituto Nacional de las Mujeres INMUJERES (2006) señala que esta situación afecta de distintas maneras a los pueblos indígenas, pero que las desigualdades por condición de género hacen que las mujeres indígenas presenten mayores desventajas sociales que limitan su capacidad de desarrollo humano; ello sitúa a esta población indígena en una condición de precariedad que dista de una vida digna, donde los derechos sociales como la educación, salud, trabajo, vivienda y demás, son violentados continuamente.

Pese a que se ha visualizado un mayor trabajo y avances en cuanto al respeto y promoción de los Derechos Humanos, esto se ha logrado por involucramiento de las y los líderes de comunidades indígenas en asuntos políticos, así como a dirigentes y defensoras de los derechos humanos, especialmente las mujeres que luchan para el bienestar de sus comunidades, como: Blanca Chancoso, Nina Pacari, Carmen Yamberla en Ecuador; Noelí Pocaterra Wayú, en Venezuela; y Hermelinda Tiburcio en México. Además, la Red Nacional de Defensoras, integrada por mujeres defensoras y organizaciones que incluyen a 112 defensoras de 80 organizaciones, quienes se dedican a

la defensa de derechos civiles y políticos, derechos de las mujeres, derecho a decidir, derecho a la tierra y territorio, derecho a una vida libre de violencia, desaparición forzada, tortura, entre otras.

Gracias a las constantes luchas y aportaciones de las mujeres en cuanto al tema de derechos se han conseguido logros importantes en su defensa y promoción para garantizar el goce pleno en la población indígena; y es que, al hablar de derechos humanos de los pueblos indígenas, es indispensable retomar la constante violación que tiene a sus garantías, y de los cuales el más transgredido es el acceso a los servicios de salud pública.

En tanto, el derecho a la salud es una de las garantías fundamentales que impacta en el desarrollo de las personas indígenas, considerando que esta población se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad al padecer enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes; esta enfermedad es considerada un problema emergente en el desarrollo y bienestar social; además, forma parte de una de las principales causas de muerte a nivel mundial, situación que alarma a los organismos de salud y a la sociedad en general. Se estima que el número de personas con diabetes en el mundo, ha aumentado de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014, incluso se considera que la diabetes será la séptima causa de mortalidad a nivel mundial en 2030 (Federación Mexicana de Diabetes, 2016).

Por su parte, en el caso de México, la diabetes se ha convertido en uno de los principales problemas de salud en menos de medio siglo; es decir, a partir del año 2000 es la primera causa de muerte en las mujeres y la segunda en los hombres. Además, es la causa más frecuente de incapacidad prematura, ceguera y amputaciones de extremidades no causadas por traumatismo, esto es que, padecerla representa posibilidad de complicaciones mayores a largo plazo al ser una enfermedad crónico-degenerativa.

La Encuesta de Salud y Nutrición en sus siglas ENSANUT (2018-2019) reportó que, el diagnóstico médico previo de diabetes fue de 10.3% lo cual representa un aumento respecto de años anteriores; Además, se

reportó mayor prevalencia para las mujeres con 11.4% y en hombres 9.1%, aunado a este complejo panorama, la diabetes es considerada como una de las cinco enfermedades con mayor impacto económico al sistema de salud (Instituto Nacional de Salud Pública, 2018), por lo que, al hablar de la atención de este padecimiento para las comunidades indígenas, es preciso conocer las experiencias.

En el contexto estatal, en el estado de Yucatán, específicamente en las mujeres mayas, Lerin (2017) destaca que la diabetes tiene un gran impacto en las poblaciones vulnerables, posicionándose como una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en la edad adulta. En el caso de la mujer maya, la desigualdad de condiciones se manifiesta en las diferentes aristas de la diabetes que padecen, exigiéndole apegarse a estilos de vida rigurosos que invaden su rutina; lo cual genera que las necesidades vayan en aumento, que se requiera el acceso a servicios de salud de calidad, a los cuales cabe señalar que sí tienen un acceso básico, ya sea por su condición socioeconómica o diversas barreras que limitan una atención integral (Barrionuevo y Padrones, 2012).

Dicha situación exige que las mujeres respondan de manera diversa a la enfermedad, a partir de los recursos personales e incluso con los que cuentan en su propio entorno. Para sobrellevar la diabetes, las mujeres mayas recurren a lo que se denomina automanejo, concepto definido desde los objetivos del presente estudio como: recursos que las personas implementan junto con su familia y en un momento determinado con el personal de salud y personas de su comunidad que se suman al apoyo y crean las alternativas para vivir con la diabetes. El análisis del automanejo de la diabetes en esta población permite visibilizar a las comunidades indígenas como un grupo vulnerable en el ejercicio de su derecho a la salud; por lo que, al percibir y experimentar diversas limitantes en su acceso a los servicios que les proporciona el Estado, producen modos o estrategias de automanejo que determinan el éxito o fracaso del proceso de salud-enfermedad.

Por lo anterior, el presente trabajo tiene por objetivo conocer el proceso de construcción de estrategias de automanejo en las mujeres

mayas que padecen diabetes y viven en el municipio de Sotuta Yucatán, con referencia al acceso a los servicios de salud que predomina en las comunidades indígenas de Yucatán.

Este documento se encuentra dividido en cuatro capítulos, cuya secuencia permite la identificación del paralelismo de los objetivos planteados; en el capítulo primero se presenta el Planteamiento del problema, caracterizando el fenómeno de estudio, los precedentes sustanciales, así como la explicación de la necesidad de abordar las estrategias de automanejo que las mujeres desarrollan ante la aplicación del sistema de salud en su comunidad; esto en la idea de contribuir con la generación de conocimiento desde las propias personas que viven la falta de una atención integral a su salud como un derecho inalienable. Asimismo, se exponen los objetivos y preguntas de investigación que orientan el desarrollo del trabajo.

En un segundo momento se encuentra el capítulo referente al Marco teórico. Este apartado permitirá estructurar la información recabada que facilita la comprensión y cumplimiento de los objetivos; es decir, se localiza el referente teórico-conceptual de la investigación; primero se presenta el estado del arte con un recuento de trabajos de investigación acerca de la temática de estudio por categorías, seguido por la postura teórica que se retoma a partir de la cultura como teoría general, en correlación con la cosmovisión del pueblo maya y el automanejo. Se continúa con una revisión de la política social en salud, en el contexto de estudio.

En el capítulo tercero se describen los aspectos relacionados con la metodología de la investigación, tales como el tipo y diseño del estudio, los métodos, técnicas e instrumentos, el universo, población y muestra, así como el procedimiento llevado a cabo en la inmersión al campo, la forma como se desarrollaron las estrategias metodológicas, se presentan los aspectos éticos que se contemplan para salvaguardar la integridad de las personas participantes. A su vez, que se detalla la forma de procesamiento de la información, categorización y codificación, así como, los resultados preliminares del estudio.

En el capítulo cuatro, se presentan los hallazgos, analizados en 5 dimensiones como estrategia que las mujeres mayas de Sotuta Yucatán implementan en el automanejo de su padecimiento, sistematizados bajo el concepto de recursos, donde se consideran aspectos físicos, ambientales y socioeconómicos disponibles para la mujer con el padecimiento, conocimiento, que comprende la aplicación de información y habilidades necesarias para adaptarse a un estado de enfermedad crónica, adhesión a un plan; en esta dimensión se visibilizan los requerimientos y conocimientos que les permite a estas mujeres adherirse a un plan de tratamiento, participación, este punto equilibra el dominio de la adherencia con la necesidad de la persona de asumir la responsabilidad de su propio cuidado y, como última dimensión, se expone la toma de decisiones informada, considerado un punto donde confluyen todas las anteriores, ya que la suma de todas ellas le permite a las mujeres la capacidad de tomar decisiones óptimas en beneficio de su salud.

Finalmente se exponen las conclusiones en un marco de comprensión y sensibilización respecto a la forma en que la diabetes produce cambios en la vida de las mujeres mayas que la padecen, ya que, trastoca sus condiciones: físicas, emocionales, sociales, cognitivas y sus prácticas cotidianas; en ese sentido, ellas, optan por implementar diversas estrategias de automanejo en la enfermedad, algunas de estas habilidades son mencionadas en este trabajo. En dicho abordaje se consideró un análisis de las experiencias de las mujeres mayas, percepciones y significados que le atribuyen a la enfermedad, así como la influencia cultural que tienen en torno a su padecimiento, lo que converge en la construcción que han hecho del mundo, en el que hoy viven a partir de recibir el diagnóstico de la diabetes. Lo anterior, en búsqueda de cumplir con los objetivos propuestos y ampliar el conocimiento respecto al fenómeno de estudio.

Capítulo I

Construcción del discurso en el automanejo de la diabetes en mujeres mayas



Capítulo I

Construcción del discurso en el automanejo de la diabetes en mujeres mayas

“La diabetes es como mi hermana, vivo con ella, me acompaña, ya no me peleo y así, me siento bien”. Dalia yah

En el siguiente apartado se presenta el planteamiento del problema, así como la pregunta de investigación, los objetivos generales y específicos que la orientan. Asimismo, se establecen los supuestos y la justificación que fundamenta la realización del presente trabajo.

México, es un país en donde convergen diversos grupos culturales, siendo la población indígena la que posee una organización social pluriétnica, con una gran riqueza multicultural, la cual, de acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, tiene derecho al disfrute pleno de todos los Derechos Humanos (DDHH) y libertades fundamentales, ya sea como personas o comunidades, lo que se encuentra plasmado respecto a los pueblos indígenas en el Artículo 4to. Constitucional:

Promover, respetar, proteger y garantizar el reconocimiento pleno y el ejercicio de los derechos de los pueblos indígenas y afroamericanos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los instrumentos jurídicos internacionales de los que el país sea parte. (Congreso de la Unión, 2021, p.2)

Esta población se encuentra en las raíces mismas de la cultura de México, de tal manera que la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2014), identifica 25 regiones indígenas en 20 estados del país, confirmando que México se encuentra entre los países con mayor población indígena, con 68 pueblos indígenas que corresponden con las 68 lenguas que se hablan a lo largo del territorio,

dato confirmado por el Programa Especial de los Pueblos Indígenas (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos, 2014).

En contraste a la diversidad cultural que representan los pueblos indígenas en México, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en sus siglas CONEVAL (2018) señala que, sin importar la variable que se desee analizar con esta población, se registran grandes rezagos, brechas de desigualdad y pocas oportunidades de desarrollo, ya que principalmente se presentan carencias en todos los derechos sociales.

Ante este panorama queda claro que los derechos de las comunidades indígenas han sido vulnerados y continúan viviendo situaciones de desigualdad social y política, con menos derecho de acceso, uso y transferencia de la tierra, violencia, y enfrentan desigualdades estructurales que las dejan en desventaja de desarrollo y participación respecto al resto de la población (Instituto Nacional de las Mujeres, 2020). Dichas desigualdades aumentan, cuando además de ser indígena, se es pobre y se es mujer, entre otras características.

Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2017) también fundamenta que las mujeres indígenas enfrentan diversas formas de discriminación, exponiéndolas a violaciones de sus derechos humanos en todos los aspectos de su vida cotidiana. Los diversos obstáculos que enfrentan son: dificultades geográficas y económicas para su acceso a los servicios de salud, entre otros, y a pesar de esta condición, ellas, desempeñan un papel decisivo en la lucha por el respeto a sus derechos como mujeres y tienen un papel fundamental en sus familias y comunidades.

En ese sentido, la salud es un tema sumamente importante, tanto en la población de mujeres mayas como de los pueblos indígenas en general, ya que se trata de uno de los derechos más transgredidos en esta población. De acuerdo con el CONEVAL (2018) el 15.1% de la población indígena presentó carencias importantes en este ámbito y según el Centro de Análisis de Políticas Públicas (2011) estas comunidades ven limitado el acceso a la salud de manera completa,

integral y de calidad, debido a la reducción de presupuesto público y a pesar de que se indican incrementos de los gastos en materia de salud, no se identifica una mejoría en la de las personas. Lo anterior se traduce en que el presupuesto que México ha destinado a estos servicios, no se está reflejando en la mejora de las condiciones de salud de la población.

En este sentido, a pesar de que no hay una cobertura universal de salud en México, se debe considerar a la población que sí tiene acceso a los servicios de salud y se encuentra afiliada a algún tipo de seguridad social; sin embargo, presenta deficiencias en aspectos de calidad, disponibilidad e incluso en el acceso oportuno a estos servicios, como es el caso de la población indígena que por lo regular no cuenta con seguridad social y aun teniendo respuesta de otros sistemas como el INSABI, las dificultades económicas y geográficas en su acceso a los servicios de salud se hacen presentes. De esta manera, se da por hecho que estar afiliado a una institución de protección social se garantiza el derecho a la salud, olvidándose de que debe ser integral y de calidad para la satisfacción de las necesidades de la población.

En México a largo de los sexenios presidenciales han surgido distintas reformas y programas en beneficio de la salud para la población no asalariada, en situación de pobreza y marginación. A continuación, se mencionan algunos programas que son antecedentes importantes para la población que no contaba con seguridad social y que hoy se conoce como Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

En primer lugar, se encuentra el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria implementado por el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1974; posteriormente, en 1983 el Programa IMSS-Coplamar, cuyo propósito era extender los servicios de salud a población abierta en las zonas rurales de alta marginación, así también, en 1997 fue creada la Coordinación Nacional del Programa de Educación, Salud.

Alimentación (Progresá), la cual fue renombrada tiempo después como el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (IMSS, 2012).

En este contexto, en 2005 el programa IMSS-Oportunidades surge como respuesta a reformas y adiciones en la Ley General de Salud, el cual brindó servicios de salud gratuitos de primer y segundo nivel de atención a 11.8 millones de personas en comunidades rurales de 19 estados, así como en zonas urbano marginadas de 26 entidades de la República Mexicana (IMSS, 2019).

Por otra parte, desde el año 2003 el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular SP) fue una de las principales vías para que la población indígena acceda al derecho a la salud, ya que, este se propuso para solucionar la desatención a la población sin seguridad social; sin embargo, a 15 años de su implementación no logró la cobertura universal y aproximadamente 20 millones de mexicanas y mexicanos carecen de atención médica y aseguramiento (Secretaría de Salud, 2019).

El Programa Sectorial de Salud 2019-2024 implementado en el sexenio del Lic. Andrés Manuel López Obrador, indica que los servicios que cubre el Seguro Popular son limitados y solo corresponden al 20% de los servicios que ofrece a las personas usuarias, de tal forma que, a pesar de estar afiliadas, tienen que pagar por cuenta propia los servicios de aseguramiento no cubiertos (Secretaría de Salud, 2019) lo cual se traduce en fuertes retos en el tema de la salud, sobre todo si se está hablando de comunidades indígenas en donde prevalece la marginación.

En la actualidad, se cuenta con una política pública de salud que pretende dar respuesta a las deficiencias del anterior sistema y que, además, le apuesta a la prevención de las enfermedades. En tal, uno de los objetivos del Proyecto de Salud en la Cuarta Transformación de México (Secretaría de Salud, 2019) menciona: “todos los mexicanos, independientemente de su condición laboral o socioeconómica, tengan acceso a los servicios de salud en forma integral” (párr. 2). Ante ello se insta a la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) como una de las acciones que enmarca el objetivo prioritario del Programa Sectorial de Salud 2019-2024 respecto a: ampliar el acceso efectivo, universal y gratuito a los servicios de salud para las personas que no están afiliadas

al IMSS o ISSSTE, haciendo énfasis en los grupos en situación de vulnerabilidad, marginación o discriminación.

Entre las líneas de acción que propone el objetivo del Proyecto de Salud en la Cuarta Transformación y el objetivo prioritario del Programa Sectorial de Salud 2019-2024 acerca de la mejora continua del Sistema Nacional de Salud, se incluye a la población indígena en la futura implementación de tales propuestas: en primer lugar: a) implantar la política de servicios de salud y medicamentos gratuitos empezando por los centros o clínicas de salud y hospitales de los estados con mayor pobreza, particularmente para la población indígena; b) que los programas de atención universal tomen en cuenta la diversidad cultural con énfasis en áreas rurales; y, c) promover la organización y participación directa de las comunidades en los procesos de promoción de la salud para determinar y atender sus prioridades como la diabetes, así como, incorporar elementos de la medicina tradicional en los servicios de salud brindados a población indígena (Secretaría de Salud, 2019).

Sin embargo, entre las acciones planteadas y su cumplimiento existe una brecha ya que, en cuestiones de atención, la realidad es distinta, principalmente en enfermedades crónico degenerativas que requieren de un tratamiento continuo y de por vida, lo cual no siempre se procura por parte del Estado, como es el caso del padecimiento de la diabetes. Según datos estadísticos de la Federación Mexicana de Diabetes A.C (2016) esta enfermedad es una de las principales causas de mortalidad; tal es así que para el 2016, este padecimiento era la segunda causa de muerte a nivel nacional, cuyos casos ascendieron a 105,574 personas fallecidas, lo cual se considera un problema que requiere ser estudiado.

Al ser la diabetes un problema de gran magnitud, el estado de Yucatán no está exento de ello, según el CONEVAL (2016) el 14.4% de la población se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud; aunado a ello en el 2015 se estimó que la principal población que carece de acceso a los servicios de salud son los municipios indígenas mayas con un 11.9%. Tales cifras colocaron a Yucatán en el octavo lugar de entidades con mayor carencia en el acceso a los

servicios de salud. Por otro lado, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 proporciona las siguientes cifras: “Respecto a la seguridad social: solo 20% de los indígenas está afiliado al Seguro Popular de Salud y solo 9% cuenta con acceso a servicios del IMSS Oportunidades” (2012, p.8).

Este panorama muestra la situación del acceso a la salud de la población indígena en Yucatán, grupo social que también está gravemente afectado por la diabetes, aunado a ello, México y el resto del mundo se está enfrentando a la Pandemia por COVID-19, la cual ha trastocado y expuesto las fibras más profundas del sistema de salud actual, en la que, incluso la atención a enfermedades crónicas como la diabetes, pasan a un segundo plano y, aunque se ha mencionado la existencia de un acceso al servicio de salud, en la realidad estas personas no cuentan con calidad y disponibilidad.

Por otra parte, el Instituto Nacional de Salud Pública (2016) advierte que la mayor prevalencia de personas con diagnóstico médico de diabetes, se localiza en la región sur de la República Mexicana (10.2%), por tanto, se focaliza la situación del Estado de Yucatán como parte de esta región en donde la prevalencia de diabetes va en aumento. Lerin (2017) señala que, en Yucatán como en otros Estados de la república “la DM-T2 es un problema emergente, de rezago, y de magnitud catastrófica para los servicios en los tres niveles de atención” (p.77); es decir, representa un problema de salud pública principalmente por los retos en su prevención y tratamiento.

De acuerdo con ENSANUT (2012) (encuesta más cercana a datos desglosados relacionados con diabetes en el Estado) la prevalencia de diabetes por diagnóstico previo en personas de 20 años o más en Yucatán fue de 9.2% aumentando significativamente, ya que en 2006 su prevalencia era de 5.4%; es decir, 115.7 personas por cada mil, además fue mayor en mujeres (11%) que en hombres (7.2%) (43.8 y 71.9 respectivamente por cada mil personas). En las mujeres, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en la población de 40 a 59 años y en la de 60 años o más fue 3.05 y 9.4 veces mayor que la prevalencia en la población de 20 a 39 años, respectivamente lo

cual determina mayores complicaciones al decretarse que a mayor edad de las mujeres se tenga mayores posibilidades de vivir con diabetes (INSP, 2012).

Centrando la información en la población femenina yucateca, el 32.1% de las mujeres que habitan los municipios rurales presentan sobrepeso y 51.0% obesidad; (INSP, 2013) factor que está determinado por alimentación de las familias yucatecas; en tal, el maíz y el frijol han sido los pilares de su alimentación durante años, pero por procesos como la migración, la globalización y las campañas publicitarias han generado un cambio en la dieta y consumo de la población, conforme lo indican Mendoza et al. (1992) “Los hábitos de consumo de alimentos son el resultado de una serie de interacciones entre diversos factores como las condiciones climáticas, las socioeconómicas, la oferta de alimentos y las costumbres o tradiciones de la población” (p.117).

Estos cambios en la ingesta de alimentos han sido desfavorables para la salud al generar prácticas nocivas y pautas de consumo excesivo de alimentos hipercalóricos y sin aporte proteico adecuado, vitaminas y fibra. Lo anterior alude, al planteamiento del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CEFP, 2018) quien expone que existe una relación directa entre el consumo de refrescos embotellados o bebidas altamente carbonatadas y la presencia de la diabetes u otras enfermedades que la anteceden. La idea anterior, pone de manifiesto que los cambios en la alimentación de la población en general y en el de los grupos más vulnerables en lo particular – las mujeres mayas con padecimiento de diabetes- ha permeado el comportamiento y consecuentemente han afectado los hábitos de consumo, así como los de su salud.

El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT, 2019) estima que el consumo de refrescos embotellados es aproximadamente de 240 litros al año por persona, esto resulta representativo en la vida cotidiana de las mujeres mayas, por lo que ha llegado a tener significancia en la convivencia familiar y social. En este sentido, el consumo de refrescos embotellados ha cobrado una fuerte influencia en los hábitos alimenticios, transformando las prácticas de consumo, así

como los procesos culturales en cuanto a las formas de nutrición, adoptando métodos que trastocan sus costumbres y las formas de vida.

En la ingesta de refrescos, según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica sitúa al Estado de Yucatán como el primer lugar nacional con mayor tasa de casos de consumo y como consecuencia, en un lugar primario en la obesidad y diabetes (Secretaría de Salud, 2017). Por tanto, la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas en la población de mujeres aumenta día con día ante los cambios ocurridos en su alimentación, por un lado, se encuentra; el alto consumo de refrescos embotellados, y por otro, la ingesta de alimentos chatarra lo que permite el aumento de sobrepeso de las nuevas generaciones (niñez en edad escolar, por ejemplo).

De lo anterior se desprende que las enfermedades como la diabetes y la obesidad son el resultado de un largo proceso de consumo que va desde la edad temprana hasta la edad adulta, además, se puede especular sobre el impacto en la percepción de consumo, resultado de las fuertes campañas publicitarias que han ocasionado que las mujeres mayas hayan incorporado los refrescos y los alimentos chatarra como parte de su dieta cotidiana.

De esta forma, se coincide con Théodore et al., (2019) que refieren el consumo de estos productos como un indicador cultural y de estatus, permitiendo el cambio de sentido y significado en los grupos populares quienes lo incorporaron a sus acontecimientos tanto sociales como comunitarios. Por lo tanto, la influencia de la mercadotecnia en la conciencia de la población ha reafirmado el consumo impidiéndole renunciar a estas bebidas azucaradas en detrimento de su economía y, por ende, de su salud.

En Yucatán, como en otros estados de la República Mexicana, existe alta prevalencia de población indígena, donde la diabetes mellitus tipo 2 (DM-T2) es un problema emergente, de rezago y de magnitud catastrófica para los servicios de salud en los tres niveles de atención (Lerin, 2017); pero principalmente, en el primer nivel, no solo para las personas usuarias sino para el mismo equipo de salud.

Cabe mencionar que una acción afirmativa de la Secretaría de Salud de Yucatán es el establecimiento de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) desarrollados con la población maya-hablante y es una actividad proveniente de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes (2009) como parte de la política en salud del gobierno mexicano aterrizada en el plano comunitario.

La finalidad de los GAM es garantizar que a cada paciente se le otorgue capacitación para que pueda tener un buen control de la enfermedad (nivel de azúcar, peso, presión arterial), esto a través de pláticas y sesiones grupales para orientarlos en las actividades básicas y necesarias de su vida cotidiana, para de esta forma, evitar complicaciones futuras. No obstante, de acuerdo con investigaciones respecto al funcionamiento de los GAM estos carecen de contenidos con pertinencia cultural y de personal suficiente, además de que funcionan con presupuestos y cobertura bajos (Lerin, 2017). De manera que, esta y todas las anteriores estrategias a pesar de establecer objetivos que pretenden coadyuvar a la calidad de vida de las mujeres mayas con diabetes, en su implementación aún se pueden identificar brechas de desigualdad para su acceso.

En este tenor, uno de los municipios con población indígena y en situación de vulnerabilidad es Sotuta, cuya población es de 8,449 personas, de las cuales, según datos del Sistema Nacional de Información Municipal, solo la mitad de las personas cuentan con servicio de salud (SS, IMSS, ISSSTE, PEMEX o privado).

Tabla 1
Porcentaje de personas que cuentan con servicios de salud en Sotuta, Yucatán

Estado	Municipio	Núm. de habitantes en el 2015	Mujeres	Hombres	% de personas que cuentan con servicio de Salud	Población maya de 5 años a más
Yucatán		2 097 175	1069627	1027548	74.9 %	
	Sotuta	8902	4403	4499	88.4 %	50.7%

Fuente: Elaboración propia (2021) con base en la Medición de la pobreza multidimensional; Gasto en Ramo 33 (2015) y Catálogo de Localidades de la Secretaría de Desarrollo Social SEDESOL (2015)

La tabla anterior muestra el número de habitantes del estado de Yucatán en 2015, que asciende a 2 097 175, de ese total 1 069 627 son mujeres, y 1 027 548 son hombres, lo que equivale a que solo el 74.9% del total de la población cuenta con seguridad social, además en este mismo año el número de mujeres fue mayor que el de los hombres.

Respecto a datos del municipio de Sotuta se puede observar que del total de habitantes en el año 2015 es de 8902, siendo 4499 hombres y 4403 mujeres, En este mismo año se obtuvo que 7869.36 personas cuentan con servicios de salud, lo que equivale a un 88.4 % de la población. Pese a que este último porcentaje es elevado, la cobertura es deficiente, tanto en la calidad de la atención como en la infraestructura del servicio.

Debido a lo anterior, se aprecia que gran número de personas queda en situación de vulnerabilidad y riesgo, sumado a que la diabetes es una enfermedad crónica con alta prevalencia en el estado de Yucatán, lo cual representa un reto en los servicios de salud, ya que las prácticas culturales de la población yucateca influyen en el manejo de la enfermedad, por tanto, las personas (en este caso mujeres mayas) se ven en la necesidad de implementar formas diferentes para el resguardo de su salud.

La situación anterior plantea como supuesto que, las mujeres mayas construyen sus estrategias de automanejo de la diabetes, con redes de apoyo familiar en los aspectos económico, moral y social ante el tipo de acceso a los servicios y aplicación de la política de salud; por lo tanto, resulta de gran relevancia conocer cuáles son estas estrategias, las características de los servicios de salud a las que estas acceden, además, de sus experiencias y significados al respecto desde una mirada cultural.

En este sentido, la investigación que aquí se presenta, plantea desde la postura teórica de la cultura y con enfoque del interaccionismo simbólico, la problemática de las mujeres mayas con diabetes y sus estrategias de automanejo para lidiar con la enfermedad pese a que son atendidas por los servicios de salud de la comunidad, lo cual permite analizar el fenómeno de estudio en función de los significados y las

fortalezas en las estrategias de automanejo que establecen desde otras redes de apoyo como la familia y la misma comunidad.

Desde esta mirada, se visibilizan las experiencias de estas mujeres desde cómo significan la diabetes en lo colectivo e individual, así como la constante interacción de esferas a partir de la implementación de la política social en salud en el municipio de Sotuta, Yucatán, y en respuesta de ello, identificar sus estrategias de automanejo como una forma alternativa de atender la enfermedad desde su condición de mujer maya y las características de los servicios de salud, de los cuales reciben atención, lo cual determina en gran medida la forma en que cuidarán su salud.

Formulación del problema de la diabetes

Ante esta problemática de salud, se considera importante hacernos la siguiente interrogante ¿Qué estrategias de automanejo para la diabetes construyen las mujeres mayas de Sotuta, Yucatán ante las características del acceso al servicio de salud? Haciendo un análisis que nos permita llegar a comprender las estrategias de automanejo de la diabetes que construyen las mujeres mayas de Sotuta, Yucatán, ante las características del servicio de salud en su comunidad y de esta manera conocer la experiencia en el desarrollo de estrategias de automanejo en mujeres con diabetes en la comunidad indígena Sotuta, Yucatán. Sotuta, contemplada como comunidad maya, por sus usos y costumbres y por los elementos culturales que posee, como las tradiciones, formas de vida y lengua, que aún se conservan.

Esa comunidad se ubica al oriente de Yucatán, colinda al este con Yaxcabá; al noreste con Sudzal y Kantunil; al oeste Huhi; al sur Cantamayec; al suroeste Homún y Mayapán y se encuentra a 87 kilómetros de la ciudad de Mérida, capital del estado y a 255 kilómetros de Cancún Quintana Roo (SEDESOL 2014). La importancia del estudio radica que cada vez son más las investigaciones que reportan que los pueblos indígenas padecen diabetes y tienen escaso acceso al servicio a la salud. Es importante recalcar que la diabetes Mellitus es una enfermedad considerada según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública mundial debido al alto número de personas que lo padecen y que van en aumento al pasar de los años; asimismo, se considera que el sistema de salud para afrontar

esta problemática es deficiente(OMS, 2016), esto en virtud de que no siempre existe una atención integral a los pacientes,ya sea por la falta de cobertura en los servicios o por la inadecuada atención por parte de los profesionales de la salud.

En la actualidad el problema de la diabetes no solo debe ser abordado desde los factores biológicos o de la salud, sino considerar otras disciplinas como el Trabajo Social, lo anterior, permite, además de considerar los factores biológicos de la enfermedad, favorecer la incidencia de factores de carácter cultural, económico, psicológico y social que predisponen el comportamiento de la persona con relación a la enfermedad.

En esta investigación se consideró como sujetos de análisis a mujeres mayas, ya que ellas representan uno de los grupos de población que padece un alto grado de vulnerabilidad.En ellas persiste la desigualdad que generan brechas en las condiciones de vida y el acceso diferenciado a servicios básicos como educación, trabajo, derechos sexuales y reproductivos y la salud.

En el marco de contextualizar el acceso a los servicios de salud de las mujeres de la población de Sotuta, es preciso señalar que, existen una serie de factores que ocasionan que el acceso a la salud sea deficiente y no se atiende adecuadamente el padecimiento de la diabetes, quedando en mayor vulnerabilidad ante la enfermedad y pagando altos costos, tanto a nivel individual como familiar. La desigualdad en la atención de la salud se puede visualizar entre las comunidades indígenas, en este caso Sotuta y las zonas urbanizadas, como la capital del Estado, entre otros, donde se cuenta con mayor número de opciones como los consultorios privados, con instalaciones mejor equipadas, y otros elementos que permiten la accesibilidad a los servicios de salud.

Ante la falta de acceso a los servicios de salud y cuando la situación es grave, se trasladan a las comunidades cercanas como Izamal, Valladolid o en su caso la ciudad de Mérida, esto último se puede atribuir a que la comunidad tiene un Centro de Salud de primer nivel; sin embargo, no se dispone del equipo ni del personal necesario

para algunas complicaciones médicas. Aunado a lo anterior, el personal médico que atiende a estas mujeres no tiene dominio de lengua maya, lo cual se traduce en una limitante para que las mujeres accedan a los servicios de salud con una atención de calidad, tal como es su derecho.

En línea con lo anterior, hablar de accesibilidad en los servicios de salud es un tema que debe de considerarse sobre todo en el caso de las mujeres mayas que viven en el contexto rural, lo cual las convierte en una población de estudio con alto grado de vulnerabilidad. Asimismo, en México y en particular, en Yucatán, el acceso a los servicios de salud se ve trastocado por la falta de equidad, generada por factores económicos, geográficos, étnicos, culturales, sociales, laborales y de regulación; por tanto, la desigualdad social se convierte en un elemento que impide el acceso igualitario y calidad en la atención médica, tanto en la prevención, curación y tratamiento de las personas usuarias, en especial, en la población indígena.

El acceso a los servicios de salud sigue siendo un asunto pendiente en las agendas, ya que, con el fin de proteger los derechos humanos de las personas que carecen de un acceso oportuno en la atención médica, para el caso de la mujer maya, ellas generan estrategias de automanejo que les permite controlar la diabetes, esta es la situación que viven a partir de sus recursos y circunstancias. De aquí la importancia de la investigación, porque no basta conocer las estadísticas de personas con seguridad social, o la existencia de un centro de salud como en el caso de Sotuta, sino que resulta fundamental la recuperación de datos cualitativos en los que se refleja la satisfacción ante la atención recibida, su calidad, confianza y efectividad; es decir, el acceso efectivo a un derecho humano de los pueblos indígenas, que las mujeres reciban atención médica de calidad, pero sobre todo respetando la diversidad cultural.

La idoneidad de esta investigación en la comunidad de Sotuta, radica en conocer las estrategias de automanejo de la diabetes que implementan las mujeres de esta comunidad indígena teniendo en cuenta el acceso a los servicios de salud y la política social de salud en

el Estado de Yucatán. La población estudiada son mujeres mayas diabéticas que no reciben atención médica de manera continua, a pesar de contar con el centro de salud en este lugar y de existir un centro de autoayuda en la comunidad.

La investigación explora las razones, percepciones y experiencias ante el escenario de la política de salud, y la generación de estrategias de automanejo de su enfermedad, de las mujeres mayas, buscando puntos de encuentro entre lo que hace cada una de las mujeres participantes, para atender su enfermedad y con ello enfrentar las situaciones y escenarios de su vida diaria.

Con las variables identificadas se genera conocimiento actualizado como aporte a las y los científicos, inventores, instituciones de salud y/o personas de la comunidad interesadas en el tema de las estrategias de automanejo ante la enfermedad de la diabetes, mediante información teórica y resultados empíricos de esta investigación. De esta manera, resulta importante la investigación que aquí se plantea, ya que presenta información que provoca a la reflexión y al análisis respecto a cómo las mujeres mayas viven la diabetes, en particular, en el estado de Yucatán.

Asimismo, se presenta una forma de caracterizar las condiciones en que este grupo de la población, atiende su salud; es decir, las estrategias de automanejo que construyen para hacer frente a su realidad y cómo repercuten en su calidad de vida y, por ende, en su desarrollo humano, analizando elementos culturales y de cosmovisión maya para entender los problemas de salud-enfermedad.

Finalmente, para la profesión de Trabajo Social resulta relevante la generación de nuevo conocimiento de este grupo de mujeres, ya que contribuye al fortalecimiento teórico-metodológico para la intervención social ante dicha problemática. Los resultados obtenidos pueden servir de modelo para las transformaciones políticas y sociales de salud en donde puedan visibilizarse las estrategias de automanejo como un método de atención integral, como es el caso de las mujeres de la zona maya; por otra parte, pese a que la teoría plantea propuestas, en realidad esta población tiene características particulares, en lo que se refiere a la

creación de estrategias de automanejo, que este trabajo visibiliza, buscando actuar en conjunto, tanto con las mujeres que padecen diabetes, sus familiares y personal del área de la salud.

Marco Teórico: Salud y Pueblos Indígenas desde la Cultura y el Interaccionismo Simbólico.

En este se presentan diversos estudios acerca de las variables de la investigación planteadas a nivel internacional, nacional y local, con el fin de tener una visión de mayor amplitud del tema e identificar los antecedentes del automanejo de la diabetes de las mujeres mayas del estado de Yucatán, ante lo cual se recurrió al rastreo en la web de artículos y trabajos relacionados.

Estudios sobre automanejo y diabetes

Los estudios que se han enfocado al análisis de las estrategias de automanejo, se centran en algunas de las variables abordadas en la presente investigación (automanejo, salud, diabetes), pero no se analiza con relación a las mujeres ni el acceso a los servicios de salud. Sobre el automanejo, es un concepto por utilizar para explicar las estrategias que las mujeres mayas realizan para atender la diabetes.

En el escenario internacional, Bonal y Cascaret (2009) efectuaron un estudio en Cuba titulado, *¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas? Acercamiento a su análisis e interpretación*, en el que se reflexionó sobre el significado de la palabra *self-management*, sus diferentes usos como parte del proceso de educación al paciente, así como su relación con otros términos que hasta la actualidad se han considerado como sinónimos de *automanejo*.

Los resultados más importantes fueron que, el automanejo no debería sustituirse por ningún otro, ya que, resulta ser el más adecuado para utilizar al referirse a enfermedades crónicas, de forma que, su uso en personal de salud, es uno de los primeros pasos para que los pacientes puedan adoptar este término en su atención primaria.

Por su parte, en España, Campo y Portillo (2013) realizaron la investigación: El automanejo de los pacientes con diabetes tipo 2, este trabajo tuvo como objetivo generar conocimiento sobre los aspectos y necesidades que los pacientes con DM2 tienen para un adecuado automanejo de la enfermedad, para ello se realizó una revisión narrativa de la literatura en diferentes bases de datos. Los principales resultados señalaron que, las barreras para un automanejo adecuado son motivadas por la falta de conocimiento y entendimiento sobre la enfermedad, falta de atención a la cultura, al idioma, así como, por actitudes equivocadas del profesional sanitario en las consultas con la o el paciente. De igual forma, se evidencia falta de protagonismo de la familia con respecto a los servicios de salud y las necesidades económicas, informativas y culturales no se reflejan en la atención sanitaria, enfocándose únicamente en el manejo biomédico de la enfermedad.

Lagos-Méndez y Flores-Rodríguez (2014) en Perú, llevaron a cabo el estudio denominado: Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital Puente Piedra- Lima, con el objetivo de determinar la relación entre dichas variables en pacientes de 30-80 años asistentes al hospital; se trató de un estudio cuantitativo, correlacional y transversal empleando como instrumentos el Apgar familiar¹ y automanejo de enfermedades crónicas. La investigación mostró en sus conclusiones que la funcionalidad familiar y el automanejo son variables íntimamente relacionadas y que, a su vez, influyen en las actitudes de las personas con respecto a la vivencia de ambas enfermedades.

De igual forma, se contempló la investigación Automanejo en Enfermedades Crónicas: Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensión Arterial y Cáncer, realizada por De Córdova et al. (2015) la cual tuvo como objetivo describir las características del automanejo de la enfermedad crónica en adherencia, conocimiento, manejo de signos y síntomas en personas con tres enfermedades en específico, en el que se incluye la diabetes. Se seleccionó un total de 562 personas, de estos 400 usuarios diagnosticados con diabetes y se les aplicó el instrumento de

¹ Instrumento utilizado para evaluar el funcionamiento familiar desde una perspectiva sistémica

automanejo de *Partners in Health Scale*. Los resultados señalaron que, existe un deficiente automanejo de la enfermedad, presentando diferencias entre sexos en específico desde el conocimiento de esta, así como, en la presencia de problemas físicos, emocionales y sociales.

Vela (2018) realizó la investigación, Nivel de Automanejo en los Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II. Según sexo, en los Servicios de Podología y Endocrinología en el Hospital Municipal Surco Salud, la cual tuvo como finalidad determinar el nivel de automanejo en pacientes con diabetes; el enfoque utilizado fue cuantitativo, de corte transversal, con apoyo de la escala *Partners in Health Scale*. Los hallazgos develaron que, en el automanejo de los pacientes, el 49.3% presentan un bajo automanejo, el 37.70% indica un alto automanejo y el 13% tienen regular automanejo; por tanto, se concluyó que más de la mitad tiene un bajo automanejo.

En el caso de estudios mexicanos en el tema, se encuentra el trabajo de tesis realizado por De León et al. (2019), denominado: Relación entre Automanejo y Trastorno Depresivo en Personas con Enfermedades Crónicas, estableciendo como objetivo analizar la relación entre el automanejo y trastorno depresivo en personas con dichas enfermedades que reciben atención en Centros de Salud de la Jurisdicción No. 2 de Tampico, Tamaulipas. Fue un estudio cuantitativo, de tipo transversal-correlacional y se aplicaron los instrumentos *Partners in Health Scale* y *Personal Health Questionnaire Depression Scale*.

De lo anterior, los hallazgos señalan que, existe predominio del sexo femenino entre las personas con enfermedad crónica y que existe un nivel de escolaridad bajo entre los participantes del estudio, el surgimiento de enfermedades crónicas se está presentando en edades más tempranas. Se identificó un automanejo deficiente que desarrolla complicaciones de la enfermedad, y una tercera parte de la muestra presentan un porcentaje de trastorno depresivo, de forma que, existe correlación entre las variables mencionadas.

La tesis realizada por Canul (2018) titulada: Creencias, género, ansiedad y su relación con el automanejo de la Diabetes Tipo 2 en

Pachuca, Hidalgo”; buscó indagar la relación entre las variables de orden sociocultural con el automanejo de la DT2, contemplando las creencias del mexicano, rasgos de instrumentalidad-expresividad y ansiedad. Se trata de un estudio cuantitativo, correlacional de corte transversal que consideró diferentes instrumentos entre los que destacan: el Resumen de actividades de autocuidado en Diabetes, Inventario de ansiedad de Beck, Cuestionario de atributos de la personalidad y la Escala de normas de creencias del mexicano.

Asimismo, los resultados señalaron que existe mayor presencia de ansiedad en mujeres que en hombres con DT2 atribuido a causas de exigencias en el cuidado familiar que recae sobre ellas, diferencias que influyen en conductas diferenciadas en el padecimiento. Se concluye la investigación con una reflexión con respecto a que el cumplimiento de prácticas de automanejo es influido por el factor cultural, reflejado en la vida cotidiana y sus relaciones sociales; incluso las conductas de cuidado se desarrollan bajo los roles sociales y rasgos de personalidad instrumentales y expresivos, esperados por hombres y mujeres.

Por su parte, Esquivel (1998) realizó la investigación: Educación individualizada en el automanejo de la diabetes, con sede en Nuevo León, misma que evaluó el conocimiento, habilidades y destrezas que tienen las personas con diabetes mellitus para proporcionarles educación individualizada en el manejo de su padecimiento, a través de un programa de formación. Para este trabajo se seleccionaron 50 personas de un grupo de 323 pacientes inscritos a una clínica de diabetes. En primera instancia, se aplicó la entrevista inicial para la evaluación de conocimientos y posteriormente, una guía de educación en salud.

La investigación anterior concluyó expresando que las personas con diabetes tienen deficiente conocimiento de su padecimiento y carecen de habilidades para la implementación de su tratamiento como, por ejemplo, en la aplicación de la insulina y monitorización de la glucosa, lo cual está relacionado con la necesidad de educación al detectar que un mínimo porcentaje es capaz de identificar los síntomas de alta o baja glucosa, además de no saber manejarla.

Así también, Peñarrieta et al. (2014) en el estudio transversal comparativo: Automanejo en personas con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención, que se desarrolló en Tamaulipas y que, tuvo por objetivo describir el comportamiento del automanejo en personas con tales padecimientos de los grupos de comparación, se aplicó el instrumento *Partners in Health Scale*. Esta investigación evidenció un automanejo deficiente en todas sus dimensiones: conocimiento, adherencia y manejo de signos y síntomas, en ambos grupos, no se encontró diferencias entre grupos, y sí existe diferencia entre sexos.

Mendoza et al. (2018) en la investigación denominada, Automanejo en diabetes mellitus tipo 2 desde un enfoque de género: revisión integrativa, planteó como objetivo identificar las diferencias en el automanejo de la DMT2 entre hombres y mujeres. La metodología utilizada fue una revisión integrativa en diversas bases de datos, seleccionando artículos de investigación tanto cuantitativos como cualitativos para ser analizados, la mayoría de estos son de Estados Unidos y Canadá.

Los resultados del estudio anterior refieren que, las mujeres cumplen mejor con las actividades de autocuidado (alimentación y medicamentos), pero reciben menor apoyosocial, son propensas a problemas psicológicos, y en el manejo de la enfermedad la religión, oración, la fe y la espiritualidad tienen un papel importante. Por su parte, los hombres presentan menor conocimiento de la enfermedad y realizan actividad física, no obstante, se adhieren a acciones nocivas para su salud, como el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.

En el estudio de Peñarrieta et al. (2018) El automanejo en personas con enfermedades crónicas: el caso de México y Perú, se analiza el automanejo en condiciones crónicas, desde una perspectiva teórica conceptual, se trabajó con un diseño no experimental y transversal, con muestras no probabilísticas por conveniencia, aplicando el *Partners in HealthScale*, instrumento de automanejo validado en el contexto mexicano; en las conclusiones se indicó que el modelo predictivo de automanejo para Perú es más concreto y lento que el de México.

Otra investigación realizada es la de León et al. (2019) que lleva por nombre: Predictores del comportamiento de automanejo en personas con enfermedades crónicas de Tamaulipas, que tuvo como objetivo identificar las variables predictoras del comportamiento de automanejo en usuarios con Diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad. Se trabajó con un diseño no experimental, transversal, los sujetos de estudio fueron usuarias y usuarios de la Secretaría de Salud del estado de Tamaulipas.

Los resultados destacan que casi la mitad de las personas que participaron presentaron síntomas de trastorno depresivo leve y grave, el 33.2% se identificó con sobrepeso, y el 36.8% percibe algún grado de disfunción familiar; también, se aplicó un análisis de Regresión Lineal Múltiple y se identificaron siete predictores de comportamiento de automanejo en el que, destacan la autoeficacia con mayor puntaje y el apoyo social en menor medida.

Por otra parte, Santamaría et al (2017) proponen la Teoría de automanejo y control glucémico en adultos con Diabetes mellitus tipo 2 en su investigación desarrollada a partir de la teoría Orem y de la revisión de literatura, tal teoría se considera de gran utilidad para los profesionales de los servicios de salud, ya que describen los factores que intervienen en el mantenimiento de actividades de automanejo.

A nivel local, en el estado de Yucatán, la investigación realizada por Romero et al. (2007) trata de un estudio descriptivo y transversal realizado en el Hospital Regional de Mérida Yucatán del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) del municipio de Tizimín, la cual se denominó Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México; es preciso señalar que, aunque no opera el término automanejo, su significación de cuidado es similar a las características conceptuales del presente trabajo.

Dicha investigación, tuvo por objetivo determinar la capacidad de autocuidado de personas diagnosticadas con diabetes y relacionar esa capacidad con algunas variables sociodemográficas y clínicas. La

información fue obtenida mediante una entrevista domiciliar dirigida, apoyándose de formulario, cuestionario y Escala de Capacidad de Autocuidado. Se destacan como principales hallazgos que las personas con diabetes mellitus tipo 2 presentó una capacidad de autocuidado regular, siendo importante considerar las causas multifactoriales de esta situación, y no llegar a un manejo adecuado.

Del mismo modo, Chan et al. (2017) llevaron a cabo el estudio: Entrenamiento de pares comunitarios para proporcionar apoyo de autocontrol en diabetes tipo 2, que tenía como finalidad evaluar el efecto de un entrenamiento educativo bajo el enfoque de empoderamiento para el automanejo de la enfermedad. En su metodología destaca una Investigación cuasiexperimental sin grupo control, de carácter prospectivo. Los hallazgos más importantes son en el sentido de que los pares comunitarios con conocimientos básicos de la enfermedad, comprende y analiza aspectos prácticos de su cuidado y no de la fisiopatología, lo que facilita su comprensión y resolución. Además, compartir experiencias y saberes fue indispensable para una intervención educativa adecuada.

Partiendo de los estudios anteriores, se puede visualizar que existen investigaciones sobre estrategias de automanejo, mismas que intentan explicar la importancia de la participación de las personas con diabetes en su propio manejo, así como las alianzas que deberían de existir con la familia y personal médico para sobre llevar esta enfermedad; sin embargo, no existen estudios que aborden, por un lado, el tema de estrategias de automanejo, sino que se centran únicamente en el concepto de automanejo; por otro lado, pocos se ha centrado en la población maya y la mayoría son estudios cuantitativos, dejando fuera las vivencias cotidianas de las mujeres mayas que padecen diabetes.

Diabetes en población maya

La tesis de maestría realizada por Aké (2013) titulada Experiencias del paciente diabético maya hablante en los servicios de salud de Tizimín, Yucatán, tuvo como objetivo analizar la experiencia de los pacientes diabéticos maya hablantes que participan en los GAM, organizados en

los centros de salud de los servicios estatales de salud en Tizimín, Yucatán para documentar el proceso de búsqueda de atención médica, barreras u obstáculos a los que se enfrentaron y el impacto que las recomendaciones médicas tienen en su vida diaria.

La metodología se fundamentó en un análisis secundario, de tipo mixto y alcance explicativo, los datos corresponden a un macro proyecto denominado: La diabetes entre población indígena de la región Maya: situación actual y propuesta de adecuación intercultural en los programas de prevención de los servicios públicos de salud; posteriormente se realizaron grupos focales y con esa información se construyó una base de datos cualitativa y otra cuantitativa, ambas procedentes de usuarios maya hablantes.

Como resultado se obtuvo que los servicios de salud no son adecuados ni suficientes para responder a las necesidades de los pacientes maya hablantes de Tizimín, Yucatán. El aporte de esta indagatoria es que se identifican los problemas de acceso y calidad de la atención médica a las que se enfrentan las personas para atender su salud, además esto fundamenta que los pacientes prefieran otras alternativas de atención como la medicina tradicional, misma que respeta los elementos culturales de las personas usuarias.

En este mismo municipio, se desarrolló otro estudio denominado Recursos institucionales para diabéticos maya hablantes de Tizimín (Yucatán). Carencias y logros en los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), por Lerin (2017) quien estableció como objetivo entrevistar a pacientes sobre su experiencia con la enfermedad e identificar los factores positivos y negativos en el funcionamiento de los grupos. Se videograbaron las entrevistas estructuradas, recuperando las experiencias de los actores en su lengua, para posteriormente construir materiales educativos en salud intercultural.

De lo anterior, se realizaron viñetas clínicas y se procedió a estructurar casos paradigmáticos de pacientes: los que sufren emocional y físicamente dolor y pérdida de su salud, así como de miembros por amputación; los que no presentan problemas y que asisten

discontinuamente al centro de salud; los que siguiendo la prescripción médica (acompañada de dieta y ejercicio) y asistiendo a los GAM controlan los niveles de insulina; y los que no logran control de la insulina y se encuentran emocionalmente afectados por el diagnóstico y el pronóstico.

Finalmente, se obtuvo como resultado el reconocimiento de los GAM en cuanto sus aportaciones a la salud; no obstante, se visualiza que pueden tener un mayor impacto si orientan transversalmente sus acciones de detección-cuidado-control con pertinencia cultural y se capacita técnica e interculturalmente al personal de salud. Su aportación a la investigación es desde el marco de análisis de la cultura, puesto que se señala que a pesar de lo bien estructurado que se encuentre un programa, proyecto o política, si este no se encuentra apegado al contexto, no alcanzará el éxito e impacto esperado.

Continuando con el tema de la diabetes en la población maya, Pech et al. (2010), en su estudio, Factores que inciden en el fracaso del tratamiento del paciente diabético en Tekax, Yucatán, México, se enfocaron en describir cuáles son los factores en el entorno del paciente diabético de la comunidad de Tekax, Yucatán, que asiste a control en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE y qué les impide alcanzar el control metabólico esperado, lo que ocasiona un mayor gasto en el presupuesto asignado a la unidad médica para el control de esta enfermedad.

El abordaje metodológico fue con enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y corte transversal, prospectivo, de tipo poblacional, dirigido a los pacientes diabéticos tipo 2, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE de Tekax, Yucatán. De modo que, la recolección de los datos se realizó por medio de fuentes primarias aplicando encuestas con la técnica de entrevista y fuentes secundarias, constituidas por los registros de laboratorio de expediente clínico.

Aspectos culturales de los pueblos mayas

Desde el enfoque cultural, Rosado et al. (2001) con el objetivo de evaluar la influencia de la herencia maya al poseer apellidos de la lengua maya, en el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), presentan el trabajo, "Influencia de la herencia maya sobre el riesgo de diabetes mellitus tipo 2", un enriquecedor aporte en la identificación de los factores que vulneran a la población maya a padecer la diabetes. Los resultados se obtuvieron mediante el análisis de casos correspondientes a 50 pacientes con DM2 diagnosticados y control de 150 sujetos sanos reclutados entre los acompañantes de los pacientes de atención médica primaria o secundaria. Se efectuó un interrogatorio a aquellas personas con posesión de apellidos mayas en el sujeto y sus padres, historia familiar de DM2, obesidad y el antecedente de productos macrosómicos, siendo estos los criterios de inclusión al estudio.

Finalmente, la aportación del trabajo anterior consiste en que la posesión de apellidos derivados de la lengua maya y en las mujeres el antecedente de consumo de productos poco saludables estaba asociado al riesgo de desarrollar DM2, aunado a los hábitos que desarrollen dentro de su contexto, esto refiere la importancia de dirigir el estudio precisamente con mujeres mayas. Para conocer cómo se da la relación de la diabetes con las formas de vida de la población maya, se consultó el estudio de Gómez-Aguilar et al (2012) con el nombre de Estilo de vida y control metabólico en personas con diabetes tipo 2, Yucatán, México, el cual tuvo como propósito determinar la relación entre el estilo de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 y su control metabólico.

Para la realización de la investigación, se utilizó una metodología de tipo transversal; en el cual participaron 45 personas originarias de Mérida Yucatán, con ascendencia maya, con la aplicación del Instrumento para Medir Estilo de Vida en pacientes con DM2 (IMEVID) con un alfa de Cronbach de 0.81, se utilizó un análisis estadístico para valorar significancia entre las variables fue mediante la correlación de Pearson en el programa SPSS versión 15.0.

Con relación al estudio anterior, Gómez-Aguilar et al. (2010) presentaron Estilo de vida y hemoglobina glucosilada en la diabetes mellitus tipo 2, donde el sedentarismo es un factor esencial dentro de los estilos de vida, que sitúa con mayor riesgo de padecer diabetes. Se siguió una metodología descriptiva, transversal y de relación con la finalidad de determinar la relación entre el estilo de vida y control glucémico a través de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) en personas a partir de 40 años con DMT2; mostrando la relación que existe entre el estilo de vida y el control glucémico medido a través de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), en una población al oriente del estado, en Tizimín, Yucatán.

El aporte científico de esta investigación radica en determinar cómo los hábitos influyen en el impacto de un tratamiento eficaz de las enfermedades, y si a estos datos se le agrega el factor cultural, además de la baja relación intercultural de los programas y profesionales de la salud, no se alcanza una correcta atención integral de las personas usuarias.

A partir de los estudios acerca de las formas de vida de las comunidades mayas, Pavia et al. (2014) se encargan de realizar un trabajo de investigación con el objetivo de diseñar un instrumento que proporcione orientación alimentaria a las personas diabéticas de la comunidad de Yaxhunah Yucatán. El estudio lleva por nombre Plato del bien comer maya para personas viviendo con diabetes en comunidades rurales de Yucatán, México y se realizó para que las personas diabéticas incluyeran alimentos de la región con índice glucémico bajo, apegándose a las características socioeconómicas de las personas y su contexto; es decir, que fueran de bajo costo y que no modificaran mucho el estilo de vida y de la cultura.

Los datos fueron obtenidos mediante entrevistas y grupos focales; con este estudio, se logró un diseño con dibujos de la flora y la fauna de la región, con los colores que determinan los grupos de alimentos, con una simbología maya y con los nombres comunes para la población.

Los aportes de estos estudios al presente trabajo es que proporciona información valiosa sobre los pueblos indígenas con quienes se realizó la investigación, permiten tener un amplio panorama, de forma íntegra, datos que pueden ser aplicables a otras realidades de comunidades indígenas en Latinoamérica. Se definen elementos respecto a la identidad de distintos pueblos indígenas, entre ellos, la cosmovisión. Finalmente favorece al presente trabajo, ya que permite abrir nuevas preguntas respecto al tema de la salud en pueblos indígenas.

Todo lo anterior generó pautas para el análisis de la investigación que se realizó y que una vez consultados los resultados de las diversas investigaciones encontradas en contexto rural e indígena en Yucatán, prevalece que son las mujeres las que tienen diabetes mellitus, la importancia y trascendencia del estudio busca profundizar en las estrategias de automanejo desarrolladas por mujeres mayas ante la enfermedad, considerado un riesgo tanto para la adquisición como para el tratamiento de dicha enfermedad, esto ante el contexto de la zona maya que es muy particular por su cultura. Otro elemento importante, son las condiciones de la medicina moderna que no garantiza la adhesión al tratamiento como lo establece el acceso a los servicios de salud en comunidades indígenas de la zona oriente del Estado de Yucatán.

Salud y pueblos indígenas

Contextualizar sobre la salud de los pueblos indígenas lleva al abordaje e indagación de lo que se ha realizado en diferentes estudios, en los cuales se consideran esencialmente elementos culturales como la cosmovisión, medios para la atención de salud-enfermedad y características del contexto, entre otros. Contar con este panorama permite ampliar el concepto respecto al tema en cuestión, pero principalmente invita a proporcionar datos e información novedosa al presente trabajo de investigación.

Uno de los autores que relaciona las variables ya mencionadas es Perén (2007) en su estudio denominado Rescate de la medicina Maya e incidencia para su reconocimiento social y político, se trata de un estudio de caso realizado en Guatemala, el cual tuvo como objetivo rescatar

elementos básicos que componen la medicina maya, la base de estos conocimientos, opinión de usuarios, contexto en el que se desenvuelve y retos para su reconocimiento social y político. La metodología fue de carácter cualitativo y enfoque antropológico, en la que se promueve la plena participación de la comunidad. Por esta razón, se conformaron comisiones de investigación con participación de líderes comunitarios, promotores de salud y comadronas (63 organizaciones); quienes contribuyeron a la obtención de resultados entre ellos, influir para que se considerara la medicina maya en planes y programas.

Los hallazgos de esta investigación lograron despertar el interés de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y otros organismos internacionales para impulsar estudios relacionados con el tema; se ha logrado que el tema de medicina maya sea parte del currículo de formación en profesionales de la salud. Estos resultados han permitido establecer un trabajo coordinado en el sistema de salud, quienes poco a poco excluyen conocimientos y de la medicina maya, culturalmente aceptado dentro de un país pluricultural, motivo por el cual, se aborda el tema medicina tradicional del pueblo maya de Yucatán.

Pacheco (2016) en su estudio Etnofarmacológico de la flora medicinal empleada por los médicos tradicionales mayas para el tratamiento de la diabetes en el Estado de Yucatán, tuvo como interés identificar la flora medicinal empleada por los médicos tradicionales mayas para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, así como el conocimiento que poseen de la enfermedad en comunidades del Estado de Yucatán.

El trabajo de campo se realizó en la región yucateca en el periodo de agosto del 2014 a febrero de 2015, con entrevistas dirigidas a médicos tradicionales, se entrevistó a 16 médicos tradicionales de 12 comunidades: Acanceh, Yaxcabá, Zabala, Tabí, Sihó, Espita, Peto, Tzucacab, Xoy, Tadziu, Akil y Oxkutzcab. En este proceso de investigación, se obtuvo que el estado emocional es un factor importante causante de la enfermedad, al igual que la alimentación, y situaciones imprevistas, los hábitos también son considerados como factores que

inciden en la aparición de la enfermedad, tales como el consumo de alimentos altamente azucarados y procesados, grasas, sedentarismo, por citar algunos.

De las aportaciones de los médicos tradicionales, se reconoce que, al formar parte del contexto cultural, hablan el mismo idioma que los pacientes, por lo que conocen los problemas que ocurren en el interior de la comunidad, las carencias y preocupaciones de las personas. En este sentido, se considera este estudio de Pacheco ya que se desarrolló en el municipio elegido para la presente investigación; además, porque integra las variables de la salud de la población maya desde su cosmovisión, sobre todo, al abordar el tema de la diabetes, pero desde la perspectiva de los médicos tradicionales.

También Medina et al. (2018), realizaron un estudio titulado Saberes y prácticas de una población rural maya con diabetes tipo 2 sobre plantas medicinales, el objetivo principal fue describir los saberes y prácticas en el uso de plantas medicinales para el control de la diabetes tipo 2 en pobladores de una comunidad rural. Se trató de un estudio cualitativo, con enfoque fenomenológico, en el cual participaron ocho personas con diabetes tipo 2 de una comunidad rural maya de Tekit, Yucatán, a quienes se les realizó una entrevista semiestructurada. La información fue analizada mediante el proceso de saturación de datos.

A partir de la investigación se obtuvo como resultado la categoría central de saberes y prácticas sobre plantas medicinales para el control y las complicaciones de la diabetes y seis subcategorías: saberes para el control de la glucosa, prácticas tradicionales ante problemas ocasionados por la enfermedad, efectividad sanadora de las plantas, transmisión de saberes, factores que influyen en el uso y respeto a las prácticas tradicionales por los profesionales de salud.

Las aportaciones más significativas van orientadas a que la herbolaria funge como un elemento sustancial en la atención de las personas mayas en el cuidado de su salud, reconociendo que la cultura en la aplicación de la política es necesaria para alcanzar el impacto; es decir, la atención integral a la persona, para hablar de una atención

holística, es importante considerar el contexto, las costumbres en sus prácticas de vida y hábitos establecidos.

Por otra parte, es necesario incorporar estudios que se han realizado en los servicios de salud con los que cuentan las comunidades indígenas. Es una realidad que, a pesar de las opciones con las que se cuenta para la atención a la salud, la Medicina Tradicional también tiene presencia en el tratamiento y prevención de padecimientos.

De acuerdo con los datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) el 86.3 % de la población yucateca se encuentra afiliada a servicios de salud, lo que significa, en palabras de Be-Canul (2019) que “el resto de los pobladores del estado tienen cobertura médica proveniente de los servicios privados y en el caso de las comunidades rurales optan por el uso de la medicina tradicional yucateca” (p.333).

Al ser la salud un derecho inherente a las personas, es señalado en los principales estándares internacionales de derechos humanos y ha sido tema de diversos estudios como por ejemplo, Amoroz (2011) en su trabajo El derecho a la salud en comunidades indígenas del estado de Chiapas, tuvo como propósito analizar la situación del cumplimiento del derecho a la salud por parte del Estado a través de las instituciones públicas de salud y el acceso a los servicios de salud de la población indígena en las regiones Altos, Norte y Selva del estado de Chiapas.

Con el acercamiento a las comunidades, se obtuvo como resultado que el reconocimiento, protección y garantía de los derechos humanos de los pueblos indígenas tendrá que pasar por un cuestionamiento crítico al Estado, poner en debate las políticas sociales excluyentes, y efectuar una revisión del impacto de la política neoliberal de los derechos humanos; ante esta situación, las mismas comunidades deben apropiarse de sus derechos fundamentales encaminados hacia el bienestar social e individual.

Otro estudio relacionado con el tema de los pueblos indígenas ante los servicios de salud es la investigación de Araujo et al. (2016) lleva

por título, Intervenciones para mejorar el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas en América, el cual se propuso incorporar en los estudios los intereses y aproximación cultural de las comunidades a los problemas de salud, reconocer la vulnerabilidad y revisar las intervenciones para mejorar el acceso a servicios.

El objetivo de la investigación de Araujo et al. (2016) fue sintetizar la evidencia sobre la efectividad de intervenciones diseñadas para mejorar el acceso de los pueblos indígenas a los servicios de salud; cuyo método constó en el análisis de revisiones sistemáticas publicadas hasta julio de 2015, de las cuales se seleccionaron y analizaron solamente los estudios realizados en la región de estudio; también se hizo revisión bibliográfica y una síntesis narrativa de los resultados.

Entre los principales hallazgos, se obtuvo que veintidós revisiones cumplieron los criterios de inclusión, la mayoría de las intervenciones fueron preventivas, para sortear barreras geográficas, aumentar el uso de medidas efectivas, desarrollar recursos humanos y mejorar las destrezas o disposición de las personas para atenderse. Los temas incluyeron embarazo, factores de riesgo cardiovascular, diabetes, abuso de sustancias, desarrollo infantil, cáncer, salud mental, oral y lesiones.

Asimismo, un trabajo de Leyva-Flores et al. (2013) denominado Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012, se analiza la situación socioeconómica, de salud y acceso a servicios en población indígena de México, en 2006 y 2012; mediante un método de análisis comparativo entre población indígena y no indígena, a partir de información sociodemográfica y de salud de la ENSANUT 2006 y 2012.

Dicho estudio, obtuvo como resultado que, en ambos años, respecto a los programas de salud, los indígenas presentan mayor cobertura. Sin embargo, el comportamiento de estos programas es diferenciado. Mientras que los Programas de Apoyo Alimentario aumentaron significativamente su cobertura, Oportunidades presentó una reducción en población indígena y no indígena.

En contraste, la cobertura de salud en indígenas y no indígenas, en 2006, 64.9% de indígenas estaba sin cobertura, y para 2012, 22.1% se encontraba en esta situación. Esta reducción de la población sin protección social en salud aparentemente se debe al incremento de 47.9% en la cobertura del Seguro Popular en población indígena, situación que lleva a concluir que incrementar la cobertura del Seguro Popular presenta resultados heterogéneos en utilización de servicios de salud, mientras que el Programa Oportunidades no incide en mejoría de condición socioeconómica de población indígena.

En adición, se considera un diagnóstico realizado por la Secretaría de Salud (2012- 2018) para la elaboración del “Modelo Intercultural de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes”, cuyo objetivo era lograr que el personal de salud institucional, terapeutas y parteras tradicionales (autoridades de las comunidades indígenas que trabajan en favor de la salud) trabajen de manera sinérgica en un marco de respeto y colaboración mediante procesos interculturales, mejorando sustancialmente la salud integral de la población indígena, afrodescendiente y de sus comunidades.

En el diagnóstico se encontraron las condiciones socioeconómicas de los pueblos indígenas de América Latina en donde se demuestra que ser indígena equivale a ser pobre y que con el tiempo esa situación se ha perpetuado. La marginación se ubica en las distintas esferas de la vida y, que a pesar de acumular capital humano (es decir, oportunidades de educación o capacitación), es más complejo convertirlo en ganancias significativamente mayores o reducir la pobreza a diferencia de la población no indígena.

En el mismo sentido, las condiciones de salud de los más de 11 millones de indígenas presentan un rezago importante respecto al resto de la población. Las causas de mortalidad son diferentes, puesto que las cinco principales causas en el país corresponden a enfermedades no transmisibles, en las zonas indígenas las enfermedades infecciosas se mantienen dentro de las primeras causas de muerte: infecciones intestinales, influenza y neumonía. Otro dato significativo es que las

mujeres indígenas pertenecen a sectores de la población con uno de los más grandes rezagos en materia de salud, hecho que tiene su origen en la triple vulnerabilidad que enfrentan por su condición de género, clase y etnicidad.

Estudios sobre la mujer maya y la cultura de género

Para este tema, Gómez y Quintal (2019) en su artículo denominado: Reflexiones sobre los cuerpos negados: mujeres mayas contemporáneas en Tahdziú, México, se presenta un análisis de los relatos de mujeres mayas contemporáneas, que narran sus experiencias cotidianas acerca de su sexualidad y vida afectiva. A partir de las entrevistas a profundidad aplicadas en el municipio de Tahdziú en Yucatán, México, se realizó una lectura feminista decolonial, tejiendo las categorías de género, clase social y etnia, en un contexto histórico y social específico.

En este trabajo se observa cómo se materializa la cultura patriarcal y se configuran subjetividades, roles e identidades en las formas de habitar el cuerpo femenino. Nos interesa dar voz a las mujeres mayas, que han vivido sus experiencias como cuerpo negado y silenciado, e intentar comprenderlas en su contexto, partiendo de la comprensión del cuerpo como resultado de un constructo histórico social. Entre sus conclusiones se encuentra que los relatos de las mujeres mayas de Tahdziú encontramos una acentuada división sexual de los géneros, en la organización de sus roles e identidades.

Otro trabajo de investigación realizado por INMUJERES (2012) denominado Diagnóstico con perspectiva de género de la situación y condición de las mujeres indígenas de las cinco principales etnias en el estado de México: mazahua, otomí, náhuatl, matlatzincay tlahuica, tuvo por objetivo: elaborar un diagnóstico con perspectiva de género de la situación y condición de las mujeres indígenas en las cinco principales etnias: Mazahua, Otomí, Náhuatl, Matlatzinca y Tlahuica en el Estado de México.

En las conclusiones se obtuvo que las mujeres no identifican con claridad ciertos procesos de violencia que pueden cuartar su libertad de

expresión y desarrollo personal. Los datos generados por la observación participante en las comunidades indígenas mostraron una notoria representación del machismo en las relaciones familiares y sociales, las problemáticas principales que identifican las mujeres en su vida cotidiana, están ligadas a la falta de oportunidades de trabajo, falta de igualdad de oportunidades laborales y educativas.

Por último, con el propósito de revertir la discriminación e impulsar más y mejores políticas y acciones para el desarrollo de las mujeres indígenas, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), en colaboración con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), Ham et al. (2006) inició un proyecto para “visibilizar en las estadísticas los rezagos educativos, de salud y de acceso a bienes y servicios, así como las desigualdades de género que existen en los pueblos indígenas” (p. 9).

Este trabajo da cuenta de los resultados del proyecto, la información desagregada por sexo permite observar la forma en que se materializa la construcción social (profundamente desigual) de los roles de género, los cuales aún se encuentran arraigados en nuestra sociedad y sobre los cuales debemos incidir a partir de programas y políticas públicas. Los datos obtenidos son reveladores: existen 636 720 mujeres monolingües, frente a 371 083 hombres en esta situación; y su rezago educativo se incrementa conforme avanza el nivel de escolaridad.

Se concluye que sin el beneficio de una segunda lengua y sin instrucción escolar, las mujeres indígenas no solo quedan al margen de mejores oportunidades de empleo, sino que además se encuentran en franca desventaja, no conocen sus derechos y, en consecuencia, no pueden ejercerlos. Con esto, se puede decir que hay diversidad de estudios sobre algunas categorías de análisis que se utilizan en la presente investigación, pero son pocos los que se han hecho desde la perspectiva cualitativa y que se centren en caracterizar las estrategias de automanejo que desarrollan mujeres mayas a partir de conocer y analizar la aplicación de la política de salud en una comunidad indígena.

La teoría de la cultura para el abordaje de las estrategias de automanejo de la diabetes en mujeres mayas

A continuación, se presenta la postura teórica en la cual se fundamenta el estudio, el cual, permitirá ver el problema de investigación desde un análisis cultural para comprender las acciones de las mujeres en función de automanejo de la enfermedad ante una política de salud, lo cual las obliga a utilizar recursos con los que cuentan en su entorno comunitario, familiar y social, y que, a su vez, aplican de manera individual como colectiva.

Asimismo, el análisis de las estrategias de automanejo de la diabetes en mujeres mayas considera la accesibilidad a los servicios de salud de especial importancia, a fin de abonar información teórica que explique tal problemática social, partiendo de que le corresponde al Estado mexicano que es garantizar los derechos fundamentales en salud; sin embargo, ante su respuesta compleja y fraccionada, proporciona un servicio incompleto e inequitativo a la población derechohabiente lo que se traduce en una atención limitada.

Capítulo II

La presencia de la Cultura en la Vida de Mujeres Mayas con Padecimiento de Diabetes



Capítulo II

La presencia de la Cultura en la Vida de Mujeres Mayas con Padecimiento de Diabetes

“Algunos días estoy xma’ óol (no tengo ganas de nada) pero por mis nietos y mis hijos sé que debo seguir viviendo”. Candelaria Suaste

En el tema de la cultura diversos autores han postulado teorías para comprenderla en el marco de la realidad social, incluso desde sus orígenes históricos se ha enfocado el estudio de la cultura en concepciones de evolución lineal, todo ello basado en las características propias. La cultura es frecuentemente relacionada con las costumbres o modelos de comportamiento, hasta el día de hoy cada teoría aporta elementos importantes que impulsan una concepción simbólica de la misma. A continuación, se retoman algunos postulados de Malinowski (1931), Geertz (1973) y Giménez (2005), siendo este último el contemporáneo que se acerca más a lo que, para los objetivos de esta tesis, se entenderá por cultura.

La cultura incluye varios aspectos, es holística, por lo tanto, se considera un reto definirla, estos autores han profundizado en su estudio y han aportado de manera determinante al tema; en tal, Malinowski (1931) afirma que “la cultura incluye los artefactos, bienes, procedimientos técnicos, ideas, hábitos y valores heredados”. (p.1) En este sentido, la realidad social no puede entenderse, si no es en el marco de una cultura, donde las personas con sus ideas, costumbres, creencias se influyen unas a otras, la cultura enmarca saberes propios de la población, sus tradiciones, la producción y administración de la economía y recursos de todo tipo con los que cuentan, entre otros factores.

Ante esta aproximación conceptual, quienes investigan deben tener una escucha activa y aprender a ver más allá de lo superficial, comprender cada uno de los conceptos que la persona informante expresa, desde un lenguaje verbal y no verbal, entender que todo el contexto donde la persona se encuentra influye en sus procesos y toma de decisiones, en este caso, las mujeres mayas, como el resto de la población indígena, proporcionan información y estrategias para resolver problemas y necesidades en el marco de su cultura, sobre todo en el tema de la salud. Siguiendo a Tylor (1871, citado en Barrera, 2013) planteó un concepto de cultura, asociado a:

Todo aquel conocimiento, tradición, costumbre y hábito inherente a la persona dentro de una sociedad, al ser perteneciente de esta. La cultura en su sentido etnográfico es ese todo complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre en tanto sea miembro de la sociedad. (p.3)

Para el caso de la comunidad maya, esta cuenta con un sentido de pertenencia a su cultura, ante esta condición resulta importante identificar que vivir en un contexto urbano, dista mucho de un contexto rural, mucho más cuando hay rasgos de identidad indígena, donde las formas, costumbres y pensamientos, también varían. En ese sentido, los hábitos que tienen las mujeres de los pueblos mayas, cultura milenaria, son prácticas muy particulares de vivir. Por otra parte, Keesing (1993, citado en Barrera, 2013) alude las siguientes características de la cultura:

Dentro de su área de “sistema adaptativo” y no evolucionista, responde al contexto de las personas. No nace evolucionista, sino existe una adaptación de un grupo humano a las particularidades pertinentes a su ambiente concreto. La cultura nace al asumir que se tiene la capacidad de aprender de la experiencia de los demás que permite a adaptarse al medio ambiente. (p.6)

Por consiguiente, dentro de sus prácticas específicas las mujeres de las comunidades mayas enfrentan necesidades y problemas, todo ello en función de sus recursos y sus costumbres, aprendiendo unas de otras y considerando los conocimientos y aportes de las abuelas y abuelos

quienes han sido clave en la conservación de la cultura maya. No obstante, existen instituciones en la comunidad que influyen de algún modo en cómo las mujeres resuelven sus necesidades, las cuales pueden ser de tipo educativo, religioso, de salud, entre otras. En este tenor, Malinowski (1975) afirma que:

Las instituciones, como parte de los componentes de la cultura, tienen un considerable grado de permanencia, universalidad e independencia. Cada institución se centra alrededor de una necesidad fundamental, una permanentemente a un grupo de personas en una tarea cooperativa y tiene su cuerpo especial de doctrina y su técnica artesanal.

Las instituciones no están correlacionadas de forma simple y directa con sus funciones: una necesidad no recibe satisfacción en una institución, sino que las instituciones presentan una pronunciada amalgama de funciones y tienen carácter sintético se basan en un substrato de material de medio ambiente compartido y de aparato cultural. (p.8)

De esta forma, el autor señala que en la medida que en la cultura se presentan problemáticas relacionadas con la insatisfacción de necesidades, esta, tiene la capacidad de proveer los medios para satisfacerlas; este postulado resulta adecuado para explicar que las estrategias de automanejo que desarrollan las mujeres mayas con diabetes se relacionan con la forma en que se implementa la política de salud en la comunidad; puesto que, de alguna u otra forma, indican la satisfacción o insatisfacción de sus necesidades de salud, obteniendo respuestas desde los propios recursos culturales o comunitarios de las mujeres para sobrellevar este proceso.

Asimismo, se considera que la cultura es multidimensional y holística ya que su análisis requiere de considerar distintos elementos, como señala Malinowski (1984) “se configura de los bienes, instrumentos, costumbres y hábitos corporales y/o mentales que funcionan directo o indirectamente esto con el objetivo de satisfacer las necesidades de las personas”(p.3); de tal forma que, siempre está en constante práctica al ser eficientes y eficaces en el proceso de enfrentar la enfermedad, incluso su uso se da inconscientemente en el actuar de las personas, al

formar parte de su identidad.

Con base en ello, las mujeres del municipio de Sotuta en Yucatán, pueden hacer uso de elementos de la cultura maya para poder satisfacer sus necesidades de salud o bien para aceptar este proceso de salud-enfermedad, como puede ser la medicina tradicional en sus hábitos de cuidado o una concepción del padecimiento que emana de la experiencia y de los antecedentes familiares que tengan de este; de tal manera que la función de tales elementos culturales son parte de las herramientas, o como se denomina en esta investigación, estrategias de automanejo.

Por otra parte, se señala que la familia: “es el lugar donde se sirve a la continuidad cultural mediante la educación. La mayor parte de las necesidades fundamentales del hombre están tan concatenadas que su satisfacción puede conseguirse mejor dentro del mismo grupohumano” (Malinowski, 1975, p.14). Lo anterior, posiciona a la familia como un núcleo fundamental para compartir los elementos culturales en las personas y que estas pueden utilizarlos como estrategias, siendo esta institución social la principal proveedora en la satisfacción de necesidades y, por lo tanto, un apoyo fundamental para el problema de salud como es el caso de las mujeres mayas con diabetes.

Por otra parte, entendiendo a la cultura desde un carácter simbólico, uno de los principales representantes Clifford Geertz (1973), en su obra *La interpretación de las Culturas*, la define como una estructura de significados determinando que estos no se encuentran en la mente de las personas, sino que los símbolos y significados son compartidos por los actores sociales, están entre ellos, y no en ellos; es decir, adopta a la cultura desde un carácter público. Sin duda, este autor ha dejado aportaciones importantes en el panorama de las ciencias sociales recibiendo influencia de autores como Parsons, Weber, Burke y Langer.

De igual manera, Geertz menciona la importancia de entender a la cultura desde el fluir de la conducta o más preciso de la acción social, donde las formas culturales encuentran articulación, ya que el solo

hecho de comprender el significado que las mujeres mayas le dan a la enfermedad, permite analizar su respuesta frente a los cambios que esta le impone, y como estas influyen en su adhesión o incorporación a la política social de salud.

Con respecto a lo anterior, Geertz (1973) propone un estudio de los fenómenos culturales a través del trabajo de campo, en el marco de las relaciones personales más que el de técnicas; es decir, propone una metodología que denomina descripción densa; esta hace referencia a un método que no se detiene en la descripción de los hechos si no que permite comprender las estructuras de significado de los mismos; por lo que, esta descripción debe ser interpretativa y a la vez microscópica, ya que debe comprender tramas de significado y, a su vez, partir de comunidades y pueblos concretos, desde lo microsocioal, lo pequeño, lo particular. En ese sentido, Monfort (2011) desde una interpretación simbólica del concepto de cultura que propone Geertz, señala que:

Comprender la cultura de un pueblo supone captar su carácter sin reducir sus peculiaridades, comprenderla en su particularidad, ese método la hace accesible y disipa su opacidad. El punto de partida del investigador no puede ser otro que la realidad que describe. No se puede entrar en una cultura para luego salir de ella y describirla desde el mundo del investigador, sino que se debe trabajar desde dentro, desde sus conceptos, generalizando, pero no abstrayendo. (p.57)

Siendo así, que el automanejo como fenómeno de estudio es importante comprenderlo desde la vertiente cultural, lo cual implica mirar desde el contexto mismo de las personas que integran la investigación, que en este caso son las mujeres mayas; en otras palabras, se requiere investigar lo más cercano posible a su entorno, a su vida cotidiana, sus costumbres, conceptos, etcétera, para comprender sus significados respecto a la salud, la diabetes y a los servicios a los que acuden. Por ello, para conocer la realidad es necesario acceder al mundo de las personas y conocer su percepción sobre las situaciones que les acontecen desde el interior.

Con lo anterior, Geertz (1973) considera la cultura como un contexto, mismo que determina el comportamiento de las personas, en virtud de ello, no se trata de una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones, ya que, analizar la cultura proporciona herramientas para describir las experiencias de mujeres y sus estrategias de automanejo ante la diabetes mellitus, llevando a la comprensión de las formas de acercamiento a la política social de salud en sus estilos de vida, ello de acuerdo al contexto, que en este caso es una comunidad rural del estado de Yucatán.

De esta forma, se reconocen los postulados incorporados por estos autores, sobre todo de Geertz, como precedente del enfoque de esta investigación: la concepción simbólica de la cultura en el marco de la teoría propuesta por Giménez (2005), generando una categoría más holística y relacional de la cultura con respecto al problema de estudio y a las categorías de análisis. En este sentido, se reconoce la cultura como “una dimensión analítica de la vida social y el conjunto de hechos simbólicos presentes en una sociedad; la organización social del sentido” (Giménez, 2005, p.68), asimismo, este autor añade que, en función de la cultura, las personas se comunican, viven experiencias, crean su juicio de la vida y desarrollan sus creencias.

Lo anterior, lleva a plantear a esta teoría como idónea para explicar que la cultura es un elemento que orienta las estrategias de automanejo y la manera de vivir de las mujeres mayas con diabetes desde su comunidad, ya que de acuerdo con el significado que le dan a la enfermedad y a su condición social, dirigen sus acciones y prácticas como una respuesta a la implementación de las políticas sociales de salud en su contexto. Por ello, Giménez (2005) incorpora a la definición de la cultura: la acción y efecto de cultivar ideas, visiones del mundo, para ser desarrolladas en sistemas complejos; es decir, acorde a como se perciben en su situación es como actuarán en respuesta.

Es importante en la categoría simbólica de la cultura definir en primer lugar ¿qué es lo simbólico? ello, como una forma de dar sentido a la visión que le da Giménez (2005) y a partir de las aportaciones

previas de Geertz (1973), quienes consideran a la cultura como un trama de significados que se encuentran insertos en las acciones de los seres humanos. Incluso esta determinación permite explicar cómo los sistemas simbólicos están contruidos históricamente, cómo son socialmente mantenidos e individualmente aplicados. Entonces lo simbólico:

Es el mundo de las “formas simbólicas” materializadas en formas sensibles, también pueden ser expresiones, artefactos, acciones, acontecimientos y alguna cualidad o relación. En efecto, todo puede servir como soporte simbólico de significados culturales: no solo la cadena fónica o la escritura, sino también los modos de comportamiento, las prácticas sociales, los usos y costumbres, el vestido, la alimentación, la vivienda, los objetos y artefactos, la organización del espacio y del tiempo en ciclos festivos, etc. (Geertz, 1973, p.32)

Este análisis de significados en los sistemas simbólicos de mujeres mayas, están presentes en el contexto del automanejo de la diabetes y son el principalmente punto de interés de las experiencias que ellas desarrollan, pues como señala Geertz (1973) los significados no están en la mente de las personas, sino que los símbolos y significados son compartidos por ellas, están entre ellas, y no en ellas, son públicos y no privados. De esta forma, se puede considerar a las estrategias de automanejo como un compartido social que es aplicado por las mujeres de forma individual, entonces se estaría relacionando con los significados sociales que son adoptados por cada persona, las cuales guían sus decisiones, acciones y formas de percibir la realidad.

Un elemento teórico que incluye Geertz, es la parte de lo simbólico, lo cual puede ser materializado de diferentes formas (simbólicas): expresiones, acciones, acontecimientos, prácticas sociales, usos y costumbres, la organización de su espacio y tiempo e incluso la propia alimentación. De esta manera, las formas simbólicas son un acercamiento teórico a las estrategias o alternativas que las mujeres ponen en práctica en función de su salud y que determinan el automanejo como seres adherentes a una cultura. Otro punto relevante, según Giménez (2005), es concebir a lo simbólico desde las tres

vertientes que la constituyen: primero, entender que la cultura se encuentra en todas las manifestaciones de la vida individual y colectiva; es decir, tiene una cobertura holística y transversal en la vida de las personas, y la salud no es la excepción. La segunda vertiente es la dimensión simbólica, no es solamente un significado para ser analizado desde el discurso, sino que, también es un dispositivo de poder, es decir, les permite sentirse capaces sea cual sea su situación. Por ejemplo, las mujeres con diabetes a pesar de su condición en los servicios de salud generan alternativas en su proceso salud-enfermedad, lo cual se ve relacionado con la función de orientación que le proporciona la cultura en cuanto a sus acciones.

Como señala, Geertz (1973), los sistemas simbólicos son al mismo tiempo modelos de representaciones y de orientaciones para la acción, modelo que delimitan sus dos vertientes: una de representaciones y otra de la implementación (intervención) para un fin determinado. Por último, Giménez (2005) advierte lo siguiente respecto a la concentración de prácticas culturales en organizaciones institucionales, como por ejemplo el Estado:

Estas grandes instituciones (o aparatos), generalmente centralizadas y económicamente poderosas, no buscan la uniformidad cultural, sino sólo la administración y la organización de las diferencias, mediante operaciones tales como la hegemonización, la jerarquización, la marginalización y la exclusión de determinadas manifestaciones culturales. (p.69)

En esta última vertiente, de la concepción simbólica de la cultura, se evidencia la relación entre las personas y las instituciones de Estado, la cual determina en su afán de introducir cierto orden ante la pluralidad cultural en la salud, la creación de una especie de mapa cultural, en el que, de manera autoritaria se asigna un lugar a todos y cada uno de los actores sociales, y en donde las comunidades mayas y las mujeres, en particular, forman parte de un grupo marginado y sectorizado en el acceso a la salud, en función de sus características y condiciones culturales. Además, Giménez (2005) parte de que la cultura:

Realmente es existente y operante cuando pasa por las experiencias sociales y la vida de las personas al interactuar; es decir, considera a

la cultura desde la perspectiva de los sujetos, bajo sus formas interiorizadas, y no bajo sus formas objetivadas como podría ser objetos religiosos, artísticos, o rituales, por lo que asume que la cultura es hábitus y a su vez identidad. (p.27)

En este panorama, conocer cómo viven las mujeres mayas al tener diabetes mellitus, y las estrategias de automanejo que adoptan a partir de los recursos con los que cuentan en su familia y contexto, es una forma de analizar la política social en salud desde la interiorización de la cultura, al rescatar las experiencias y prácticas de las mujeres en esa realidad social.

Por tal motivo, se retoma la definición de cultura que, según Giménez (2005) es la “organización social de significados, interiorizados de modo relativamente estable por los sujetos en forma de esquemas o de representaciones compartidas, y objetivados en formas simbólicas, todo ello en contextos históricamente específicos y socialmente estructurados” (p.85). Por tanto, la cultura como elemento teórico de análisis de esta investigación, forma parte de las prácticas, acciones o estrategias de automanejo que las mujeres han interiorizado en su vida social y en la interacción con otros, y que también implementan en la situación de salud que viven y donde las políticas de salud por parte del Estado tienen cierta incidencia.

La utilidad del análisis de la cultura en cuanto es interiorizada por los sujetos, radica en cuatro funciones (Abric, 1994, como se citó en Giménez, 2005), mismas que se presentan a continuación con el objetivo de delimitar la influencia de la cultura en las estrategias de automanejo y la experiencia de vivir con diabetes en las mujeres mayas:

- Función cognitiva, en la medida en que constituyen el esquema de percepción a través del cual los actores individuales y colectivos perciben, comprenden y explican la realidad.
- Función identificadora, ya que lo simbólico define en última instancia la identidad social y permiten salvaguardar la especificidad de los grupos
- Función de orientación, en cuanto que constituyen guías potenciales de los comportamientos y de las prácticas.

- Función justificadora: en cuanto permiten explicar, justificar o legitimar a posteriori las tomas de posición y los comportamientos. (p.410)

De esta manera, la cultura es un aspecto de la vida social que permite un análisis estructurado, siendo también una categoría analítica abstracta que cumple con diferentes funciones en la vida de las personas independientemente del ámbito, dado que, se contraponen siempre a otros aspectos igualmente abstractos de la vida social, como lo es la salud o el cuidado ante una enfermedad. Así también, debe entenderse que la cultura es un proceso dialéctico entre sistema y práctica, por lo que se encuentra sujeto a transformaciones, es así, que la cultura debe concebirse como un proceso dinámico.

La tesis central de la cultura como proceso simbólico puede formularse en relación a lo siguiente: “es posible asignar un campo específico y relativamente autónomo a la cultura, entendida como una dimensión de la vida social, si la definimos por referencia a los procesos simbólicos de la sociedad” (Giménez, 2005, p.30). De modo que, la cultura es como una dimensión analítica de la vida social, aunque también es autónoma y simbólica; asimismo, aplicando el plural de culturas, es una forma de evidenciar un nivel de abstracción y particularidad al estudiar un contexto en específico.

La teoría de la cultura desde su concepción simbólica permite el análisis del problema de estudio desde un enfoque holístico, cultural e integral, partiendo en función de las experiencias de las mujeres y de su cultura como población maya, puesto que sería inapropiado hablar de esta población sin contemplar este elemento como impulsor de su visión de la realidad y de motivación para sus acciones en su proceso de salud.

De igual forma, es importante retomar la cultura como una forma de reconocer al automanejo de la enfermedad desde sus saberes cotidianos y del apoyo mutuo entre ellas, el rescate y refuerzo de cómo salir adelante desde lo colectivo que aporta a lo individual; es decir, en la puesta en práctica de sus estrategias de automanejo. Así también, ayuda a que las mujeres puedan visualizar los recursos con los que cuentan

desde su entorno cotidiano, y sentirse seguras que esos conocimientos son valiosos, ya sean, de tipo espiritual, social o económico.

Por lo anterior, desde una mirada cultural se validan los saberes y creencias desde los recursos compartidos que aporta su entorno, esto ayuda a que las mujeres mayas, ya no sean consideradas víctimas o agente pasivos en el proceso de la enfermedad, sino como entes capaces y autónomas, participando en mantener su propia calidad de vida sin esperar que la política social en salud se haga cargo.

Cosmovisión y cultura en el grupo de estudio: mujeres mayas con diabetes

Para hablar de la cosmovisión de los pueblos indígenas, es importante retomar a Medrano (2013) quien señala que “diversas formas tradicionales de vida son adaptaciones de la vida normativa y esencial de la tradición, en esta línea de análisis se identifica la constante influencia de lo moderno en las formas de vivir y percibir la vida” (párr.3). Sin embargo, la vida moderna ha propiciado modificaciones en la vida tradicional, incluso se puede determinar que algunas comunidades atraviesan una crisis en sus costumbres; ya que, como se observa, las tradiciones de los pueblos indígenas han cambiado, pero no en su totalidad, por lo que combinan elementos propios y ajenos, ello se puede ver cuando asumen elementos propios de la modernidad, pero sin olvidar lo propio, de ahí que retomando a Montemayor (2000), no se puede olvidar que:

Entre los indígenas, su continuidad como pueblo representa la conservación del mundo. Su relación con la naturaleza es por ello distinta. Pueden distinguir muchos elementos que nuestros ojos no ven. No se trata solamente de identificar huellas, señales atmosféricas o peligros. Se refiere también a muchas expresiones que, en su lengua, en su forma cotidiana de decir, revelan la vitalidad que ellos se comprometen a conservar. Nada está desligado en la naturaleza, todo está unido. (p.98)

Por tanto, se debe partir de lo anterior para entender lo que para las mujeres mayas significa tener la diabetes, cómo ven su circunstancia y

cómo la explican, qué sentido le otorgan en su vida y cotidianidad. En ese sentido, analizar las estrategias de automanejo de la diabetes desde el contexto de las comunidades indígenas, especialmente en la población maya, requiere comprender un conjunto de elementos que van, desde la cosmovisión maya hasta los procesos de cambio sociodemográfico. Esto último, requiere comprender cómo se han dado los procesos de modernización y cómo influye la adopción de nuevas formas de vida en su cotidianidad.

Así, el acercamiento al análisis de las estrategias de automanejo ante la diabetes que las mujeres mayas desarrollan, implica conocer lo que para ellas es significativo y lo que retoman para decidir desarrollar tal estrategia u otra al momento de reaccionar ante los síntomas de la diabetes.

Marco metodológico del interaccionismo simbólico para el estudio de las estrategias de automanejo en mujeres mayas con diabetes

El marco metodológico del interaccionismo simbólico se basa en la comprensión de la sociedad a través de la comunicación, se trata de una ciencia interpretativa, una teoría psicológica y social, que busca representar y comprender la creación y asignación de significados al mundo de la realidad vivida, esto en sintonía del contexto, lugar, actores y tiempo (Schwandt, 1994). Con ello se pretenden entender las estrategias de automanejo que implementan las mujeres mayas de Sotuta ante la enfermedad de la diabetes que padecen, con relación a las políticas de salud implementadas en su comunidad, por ello es importante definir, de acuerdo con la literatura cómo se concibe el enfoque.

En esta perspectiva, la importancia de las relaciones sociales entre las personas, en esta indagatoria, se retoma que el interaccionismo simbólico, teoría perteneciente a la perspectiva microsociológica, en la cual se postula que la conducta del individuo está condicionada por sus interacciones sociales cercanas más que por los macro fenómenos, determinando normas, roles y creencias (Cubillas, 2014). Por lo tanto, la guía del interaccionismo simbólico permitirá una visión integral en

torno al tema en cuestión.

Tomando en cuenta los antecedentes del interaccionismo simbólico, resulta importante mencionar que sus principales precursores, son Mead (1934) como máximo representante y, el sociólogo Blumer (1982) quien fue el primero en acuñar dicho término; Mead por su parte, sostiene que la persona consciente y pensante es lógicamente imposible sin un grupo social que le precede, de esta forma, la sociedad es interacción, no hay nada en sociedad sino conjunto de relaciones comunes a los individuos.

Del concepto anterior se deriva el postulado metodológico en el que la dinámica de las instituciones sociales solo puede ser analizada en términos del proceso de interacción entre sus miembros (Carabaña y Lamo, 1978). Ambos autores señalan claramente la importancia de la interacción, de tal manera que al investigar en torno al automanejo de las mujeres mayas respecto a su diabetes resulta interesante considerar esas interacciones que establecen en su cotidianidad, ya que, sin duda alguna, influyen en el automanejo de su enfermedad.

Por otro lado, el interaccionismo simbólico durante el siglo XX y lo que va del sigloXXI siguió desarrollándose desde la antropología y la psicología social, uno de los puntos de apalancamiento es el concepto de cultura, el cual se desplegó en un sentido más extendido y ya no como sinónimo de alta cultura. El concepto de cultura se alejaba cada día más a la percepción de que los humanos tenían ideas idénticas y similares. Así, surgieron conceptos como cultura popular, o cultura desde abajo.

Geertz desde la Escuela de Chicago fue determinante en la revolución cultural, el autor pensaba que para entender cada sociedad, esta debía ser estudiada desde sus peculiaridades; es decir, a partir de símbolos, y al respecto se entiende por cultura un patrónhistóricamente transmitido de significados encarnados en símbolos, esto es, un sistema de concepciones heredadas expresadas en formas simbólicas mediante las cuales los hombres se comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento de vida y sus actitudes hacia ella (Burke, 2004).

En ese sentido la perspectiva teórica del interaccionismo simbólico funge como conductora de investigaciones de corte cualitativo, puesto que permite explorar de forma detallada y profunda contextos o situaciones específicos para comprender un fenómeno social determinado (Izcara, 2014). En otras palabras, favorece el estudio de las personas en sus ambientes naturales, reconociendo sus interacciones cotidianas, sus estrategias de comunicación y el significado que le atribuyen a sus experiencias, la manera en la que interpretan los hechos sociales en función a sus sentidos y recursos. Incluso Blumer y Mugny, (1993), establecen que el interaccionismo simbólico es un enfoque que define el estudio de la vida de los grupos humanos y del comportamiento del hombre.

De esta forma, desde el interaccionismo simbólico se pudieron comprender las estrategias de automanejo de la diabetes y las formas en que acceden a los servicios de salud en Sotuta Yucatán, visto no solo desde las interacciones de un sistema macrosocial, sino desde las acciones de las personas implicadas en este sistema; es decir, desde un enfoque micro social, en donde se visualicen las estrategias de automanejo de la diabetes que desarrollan mujeres mayas, las cuales son determinadas por su interacción con ellas mismas, su familia, comunidad, estado o todo entorno social, que de alguna u otra manera influye en los significados que atribuyen a su situación de salud y los recursos disponibles.

En suma, el interaccionismo simbólico considera que el significado es un “producto social, una creación que emana de y a través de las actividades definitorias de los individuos a medida que estos interactúan” (Blumer, 1982, p.4). Pero su utilización se produce a través de un proceso de interpretación. En ese mismo sentido, la interpretación no es un proceso de aplicación automática de significados, sino un proceso formativo en el que los significados son utilizados y revisados como instrumentos para la orientación y formación del acto; es decir, la interpretación es un elemento terminante en las acciones de las personas, pues define un modo de percibir la situación y, por lo tanto, de enfrentarla. Este proceso interpretativo seda, de acuerdo con Blumer en donde existen pasos totalmente definidos. Al respecto (Álvarez-Gayou,

2003) señala que La persona se indica a sí misma la cosa respecto de la cual está actuando; tiene que señalarse las cosas con un significado. Esta indicación representa un proceso social internalizado en el que la persona interactúa consigo.

Como resultado de este proceso de comunicación reflexiva, la interpretación se convierte en el acto de manejar los significados. La persona selecciona, verifica, suspende, reagrupa y transforma (...) el significado a la luz de la situación en la que se encuentre y de la dirección de la acción. Así, la interacción no puede tornarse como la mera aplicación automática de significados establecidos, más bien atribuible a un proceso formativo en el que los significados se utilizan y se revisan como instrumentos que guían y forman la acción. (pp.66-67)

Este proceso permite comprender cómo es la interpretación de la situación que viven las mujeres mayas con diabetes; primeramente, se requiere de interiorizar, asociar y otorgar algún significado; posteriormente, las personas manejan y direccionan estos significados desde el contexto y propósitos a los cuales se desean llevar esa circunstancia o condición. Es por lo que, la experiencia de automanejo en dicho padecimiento no es igual para todas las personas, dado que, cada una ha sido parte de diversas situaciones de vida, está rodeada de un entorno social diferente y, todo ello determina la forma en la que se implican en el automanejo de esta enfermedad.

En este sentido, es importante resaltar la forma en que interpretan y al mismo tiempo cómo visualizan su automanejo en la enfermedad, a su vez ello tiene que ver con las condiciones y el entorno en el que cada una de ellas vive; por lo tanto, analizar el problema de estudio desde el interaccionismo simbólico lleva a comprender cómo estas mujeres buscan formas para regular o aminorar los impactos de la enfermedad, dada la complejidad, de su condición social vulnerable al tratarse de mujeres de condición indígena que, además, padecen una enfermedad crónica y que presentan dificultades en su atención a la salud desde las políticas que se implementan, de aquí la importancia de interpretar toda su experiencia al respecto.

En la misma idea Mead (1982) hace un análisis de la interacción social donde reconoce dos formas o niveles: “la interacción simbólica y la no simbólica. En esta última, el ser humano responde directamente a las acciones y gestos ajenos; en la primera, interpreta los gestos recíprocos y actúa basándose en el significado que extrae de dicha interpretación”(p.48). Por ello son importantes las interacciones que se tienen entre mujeres que padecen diabetes, ya que terminan dándole significado a esas experiencias que cada una vive de la enfermedad que padecen.

A su vez, el interaccionismo simbólico permite tener una perspectiva teórica para comprender los significados; es decir, lo que significa para las mujeres mayas convivir con la diabetes en el contexto social en el que interactúan con otras personas de su comunidad, que a su vez es el lugar donde se desarrolla el complejo proceso a través del cual entienden, interpretan y crean su mundo; de modo que, esta postura teórica se enfoca en conocer la vida de los grupos humanos y de su conducta, en especial atención a la interacción social, la dinámica y la actividad social de las personas (Charon, 2004).

De acuerdo con lo anterior, para el interaccionismo simbólico, las ideas, el comportamiento individual y colectivo toman especial importancia, principalmente cuando está cimentado en ideas básicas o imágenes radicales, que representan el modo en que el interaccionismo contempla el comportamiento y las sociedades humanas, las cuales proporcionan parte de la explicación del problema de estudio.

Los grupos humanos se consideran constituidos por personas en acción. Esta acción consiste en las múltiples actividades que los individuos realizan en sus vidas al encontrarse unos con otros y en la manera como resuelven las situaciones que se les presentan. Los grupos humanos se consideran en movimiento, y es así como deben verse. (Álvarez, 2003, p.67)

En este sentido, el interaccionismo simbólico percibe a las personas como agentes de su propio entorno, desvirtuándolos de la pasividad, tal y como lo señala Blumer (1982): “Los grupos humanos están formados

por individuos comprometidos en la acción, [...] llevan a cabo innumerables actividades en su vida, tanto en sus relaciones con los demás como al afrontar la serie de situaciones que se les plantean” (p.5), lo cual explica que las mujeres que padecen diabetes en el municipio de Sotuta, implementan estrategias de automanejo según sus convicciones y la perspectiva que tengan de la enfermedad, considerando además, las distintas interacciones sociales que tienen en su vida diaria.

En ese orden de ideas, el postulado: *Naturaleza de las interacciones sociales* menciona que la interacción, en lugar de ser un simple medio o marco para la expresión y liberación de éste, es un proceso que forma el comportamiento humano (Blumer, 1982); antelo cual, resulta poco estratégico estudiar las estrategias de automanejo y las experiencias ante la enfermedad, sin contemplar la interacción de las mujeres mayas con su familia, comunidad indígena, e incluso con otras personas con la misma enfermedad.

En línea con lo anterior, dado que las acciones de los demás intervienen como factores positivos en la formación de su propio comportamiento, desde esta postura también pueden ser negativos; empero, lo interesante de esta teoría, es que explica cómo las personas son capaces de modificar sus actos, ya sea reconsiderándolos, verificándolos, cancelándolos, intensificándolos o sustituyéndolos, a pesar de los factores de cualquier índole en su interacción. Así lo señala Álvarez-Gayou, (2003):

La vida de un grupo necesariamente presupone la interacción entre sus miembros, y las actividades de cada persona ocurren principalmente como respuesta a otro(s) o en relación con otro(s). La importancia de la interacción radica en que tiene un papel formativo de la conducta. En términos sencillos, esto significa que los seres humanos, al interactuar entre sí, deben tener en cuenta lo que cada uno hace, y se ven forzados a dirigir su propia conducta en función de ello (p.67).

Por tanto, este trabajo de investigación se aborda desde un marco metodológico del interaccionismo simbólico, ya que se basa en la comprensión de la sociedad a través de la comunicación, con ello se

pretende entender las estrategias de automanejo que implementan las mujeres mayas, ante la enfermedad de la diabetes que padecen y las relaciones sociales que establecen entre las personas de la comunidad, toda vez que se postula que la conducta del individuo está condicionada por sus interacciones sociales cercanas, más que por los macro fenómenos, determinando normas, roles y creencias (Cubillas, 2014).

Por otro lado, la perspectiva teórica del interaccionismo simbólico orienta hacia investigaciones de corte cualitativo, ya que permite explorar de forma detallada y profunda contextos o situaciones específicas para la comprensión de fenómenos sociales determinados (Izcara Palacios, 2014). En otras palabras, favorece el estudio de las personas en sus ambientes naturales, reconociendo sus interacciones cotidianas, sus estrategias de comunicación y el significado que le atribuyen a sus experiencias, la manera en la que interpretan los hechos sociales en función a sus sentidos y recursos. Incluso Blumer y Mugny, (1993) sostienen que el interaccionismo simbólico es un enfoque que define el estudio de la vida de los grupos humanos y del comportamiento del hombre.

En palabras de Álvarez-Gayou (2003) “el interaccionismo simbólico considera que el significado se origina en el proceso de interacción entre las personas (p.669), en este caso, se focaliza en aquellos significados que la diabetes tiene para las personas que la padecen a partir de su punto de vista cultural y social; los símbolos que le atribuyen, significados importantes, razón por la cual se requiere comprender las acciones desde la perspectiva de las personas, comprender las interpretaciones que hacen de las interacciones de su mundo, puesto que las personas “al interactuar con otra construye su propia realidad por medio de la creación de símbolos y establece significados en cada situación” (Alonzo et al., 2018).

De acuerdo con Cubillas (2014) esta teoría determina que, en todo acto social, la comunicación verbal o gestual, tiene la función de anticipar/predecir lo que pueda ocurrir y “es la reacción del otro la que otorga significado a esta comunicación; por su parte, el lenguaje se convierte en la herramienta simbólica que permite, además de

interaccionar con otros, hacerlo con nosotros mismos, el llamado diálogo interior” (p.3).

Con base en ello, se contemplan elementos que son parte del análisis en la interacción, ya que en el caso de los gestos, son signos o indicaciones de lo que proyecta hacer, así como de lo que desea que el otro haga o comprenda, y el lenguaje representa un símbolo importante en la comunicación ya que se utilizan para significar cosas, por eso la narrativa de las mujeres mayas que fueron entrevistadas en este estudio permitió conocer su situación desde la experiencia y el significado que le dan a la enfermedad, en referencia a su lenguaje y a sus interacciones.

Es por ello que, la experiencia de automanejo en dicho padecimiento no es igual para todas las personas, dado que, cada una ha sido parte de diversas situaciones de vida, está rodeado de un entorno social diferente y todo ello determina la forma en la que se implican en el automanejo de esta enfermedad. En este sentido, es importante resaltar cómo interpretan y al mismo tiempo cómo visualizan el automanejo en la diabetes.

Lo anterior, a su vez tiene que ver con las condiciones y el entorno en el que cada una de estas mujeres vive; por lo tanto, estudiar el problema desde el interaccionismo simbólico lleva a comprender cómo estas mujeres buscan formas para regular o aminorar los impactos de la enfermedad dada la complejidad, de su condición social, que además, se trata de enfermedad crónica que presentan dificultades en su atención a la salud desde las políticas que se implementan, de aquí la importancia de interpretar sus experiencias. Asimismo, Mead (1982) hace un análisis de la interacción social en el que:

Reconoce dos formas o niveles: la interacción simbólica y la no simbólica. En esta última, el ser humano responde directamente a las acciones y gestos ajenos; en la primera, interpreta los gestos recíprocos y actúa basándose en el significado que extrae de dicha interpretación. (p.48)

En ese sentido, las mujeres mayas se ven influenciadas por las interacciones que tienen con otras mujeres que padecen diabetes,

dándole significado a esas experiencias tanto individuales como colectivas, donde también entran en juego los roles y estereotipos de género, así como aspectos culturales.

Otra premisa relevante, es la *naturaleza de los objetos*, la cual radica en que el significado de las situaciones u objetos para una persona yace de la definición de otras personas con quienes interactúa en su entorno (Blumer, 1982); por ejemplo, la perspectiva que tenga la familia de la enfermedad, en respuesta a experiencias pasadas de uno de sus miembros, o bien, la no presencia de ésta en el núcleo, influirá significativamente en cómo estas mujeres constituyan el significado de la enfermedad y, por ende, la forma de su automanejo.

Por otra parte, como señala Blumer (1982) “el significado determina el modo en que una persona ve el objeto, la manera en que está dispuesta a actuar con respecto al mismo y la forma en la cual se dispone a hablar de él” (p.8); además, las vivencias de otras personas de su entorno en los servicios de salud, ante un padecimiento de diabetes u otra enfermedad crónico-degenerativa, influirán en cómo las mujeres evalúan la calidad, eficiencia y eficacia de dichos servicios, con respecto a su evolución en la enfermedad.

Lo anterior puede ser explicado a partir del discurso de las mujeres mayas con respecto a su experiencia, en donde también se podrían identificar tanto acciones enfocadas en tratar la enfermedad, como en la omisión de los cuidados pertinentes a su persona, lo que también se contempla en el acceso a los servicios de salud. Desde este aspecto, surge la importancia de las experiencias de las personas desde el interaccionismo simbólico, las cuales son un referente para interpretar y comprender los acontecimientos que tienen un gran impacto en la vida de las personas. Al respecto Blumer (1982) señala:

Las personas que participan en la formación de una nueva acción conjunta siempre aportan a la misma el conjunto de objetos, el conjunto de significados y los esquemas de interpretación que antes poseían. Por lo tanto, la nueva acción siempre emerge de y guarda relación con un contexto de acción previa. (p.21)

Retomando la cita anterior, la postura teórica del interaccionismo simbólico permite reconocer los contextos en donde interactúan las mujeres mayas de Sotuta, lo cual es esencial para interpretar y transformar la realidad con la que viven la diabetes. Cada mujer maya, tiene su propia historia personal, misma que influye en la forma de interpretar su enfermedad, considerando como positivo o negativo los recursos y significados con las que cuenta; que a su vez influyen en la formación de estrategias de automanejo, puesto que el interaccionismo simbólico no solo es la búsqueda de significados y símbolos en la interacción personal y grupal, sino que estos símbolos influyen en el comportamiento de las personas.

En ese orden de ideas, como resultado de estas interpretaciones, se pueden identificar a personas de distintos contextos, que viven en mundos totalmente diferentes, en las cuales prevalece el mismo significado de los objetos, tanto: físicos, sociales o abstractos (valores, principios). De tal forma que, desde el punto de vista del interaccionismo simbólico: “la vida de los grupos humanos constituye un proceso en el que los objetos se crean, se transforman, se adaptan o se descartan. La vida de las personas está cambiando constantemente”. (Álvarez-Gayou, 2003, p.68)

En este sentido, las mujeres de este estudio, con el padecimiento de diabetes, pertenecen a una sociedad cambiante constantemente; por lo tanto, hay que considerar que sus estrategias de automanejo también son sometidas a cambios frecuentes. A esto se suma otro principio del interaccionismo:

El ser humano como organismo activo considera a las personas no solo como organismo que responde a la interacción social, sino como uno que actúa, y que ha de modelar su línea de acción basándose en aquello que toma en consideración en lugar de limitarse a emitir una respuesta ante la interacción de un determinado factor en su organización. (Blumer, 1982, p.11)

Este postulado da paso a entrecruzar las estrategias de automanejo como una línea de acción en respuesta a las demandas de salud no cubiertas por el Estado, representando la acción social de las personas en función

de solventarlas por sí mismas (autogestión); esto último es independientemente de que exista o no una interacción recíproca entre las mujeres mayas con este padecimiento y los ejes de acción de los servicios de salud en la comunidad.

De acuerdo con Álvarez-Gayou (2003) en el interaccionismo simbólico, “el ser humano es visto como un individuo que no solo responde a las indicaciones de los otros, sino que también emite sus propias indicaciones a los demás” (p.69); es decir, se reconoce a sí mismo como un objeto para sí, se relaciona y define sus interacciones basándose en su propia perspectiva.

Pero, también es importante en esta investigación el interaccionismo simbólico, ya que se encuentra la implícita naturaleza de la acción humana, se considera que las personas orientan sus actos hacia objetivos y no se limitan a realizarlos solo como una respuesta a los factores que influyen en su vida, aunque no siempre se tengan aciertos en estas acciones (Blumer, 1982).

De esta forma, se puede concebir que las estrategias de automanejo son más que una respuesta a las demandas de salud y aunque no siempre tienen consecuencias positivas, es un modo personal y cultural de enfrentar la enfermedad y cubrir las necesidades que los servicios de salud no pueden cubrir en su totalidad. En palabras de Álvarez-Gayou (2003) la acción humana consiste en:

Tener en cuenta los diferentes objetos que percibe y en crear una línea de conducta sustentada en cómo los interpreta. De tal manera que al actuar considera deseos, objetivos, medios disponibles, acciones propias y las esperadas en otros, imagen propia y resultados probables de determinada acción. Esta visión individual se traslada igual a la situación grupal. (p.69)

De esta manera, las acciones de las personas como es el caso de las estrategias de automanejo de las mujeres mayas con diabetes, también serán determinadas por esta serie de elementos, mismos que son utilizados para dar significado a todas y cada una de las decisiones que toman respecto a sobrellevar el padecimiento. Sin duda, en este

proceso se hace presente en la visión colectiva y va influyendo en la percepción de los demás, como unreferente.

Por otra parte, Álvarez-Gayou (2003) también argumenta *principios metodológicos del interaccionismo simbólico*, dado que, considera que a partir del significado se origina el proceso de interacción de las personas. En este sentido, la investigación desde la perspectiva del interaccionismo simbólico requiere de estar en el contexto donde se encuentra el objeto y sujeto de estudio; es decir, las mujeres mayas que viven y enfrentan el problema de la diabetes, con el fin de explorar todas aquellas interacciones que dan pauta a establecer los significados y a interpretar las acciones, en el marco de la obtención de datos e información para comprender el problema de estudio. Por tanto, la inspección permite la explicación del problema desde una postura teórica, que constantemente lleve al análisis, reflexión y valoración de lo encontrado en el campo.

El interaccionismo simbólico es un método cualitativo que orienta a explicar y entender el desapego de las comunidades mayas hacia los servicios de salud, desde la visión de experiencias y significados en las mujeres diabéticas del municipio de Sotuta, Yucatán, en donde se implementan estrategias de automanejo que contemplan conocimientos previos de ellas, sus vivencias, recursos, pero también, las experiencias de otras personas son atribuidas por medio de su interacción con su entorno.

Otro motivo importante para emplear el interaccionismo simbólico en este estudio es el énfasis en los símbolos y en los procesos de interpretación como una forma de entender la conducta humana; esto es, si se trata de comprender las estrategias de automanejo que implementan las mujeres mayas, implica también saber cómo las construyen y por qué, considerando, la influencia de las interacciones sociales como una fuente de recursos de apoyo social de diversa índole (familia, comunitario, social, etc.). Todo ello, permitirá conocer la realidad individual y colectiva de estas mujeres que se refleja en la capacidad de resolución de problemas a través de las estrategias de automanejo de la diabetes.

Contexto maya en la vida de mujeres con padecimiento de diabetes

La realidad social no puede entenderse si no es en el marco de una cultura, en el que las personas con sus ideas, costumbres, creencias, significados e interacciones se influyen unas a otras, ello indica que el contexto cultural enmarca saberes propios de la población, sus tradiciones, la producción y administración de la economía y recursos de todo tipo con los que cuentan, entre otros. Ante las afirmaciones anteriores, quien investiga debe tener una escucha activa y aprender a observar más allá de lo superficial, comprender cada uno de los conceptos que la persona expresa, desde un lenguaje verbal y no verbal, entender que el contexto donde la persona se encuentra, en este caso, lugar donde viven las mujeres mayas, también está dando información.

La comunidad maya cuenta con un importante sentido de pertenencia a su cultura, ante esta condición resulta importante identificar las diferencias con el contexto urbano y el contexto rural, donde las formas, costumbres, pensamientos y formas de percibir y significar también varían; por otro lado, los hábitos que tienen las mujeres de los pueblos mayas, culturamilenaria, son prácticas muy particulares.

Con respecto a lo anterior, en sus prácticas las mujeres mayas enfrentan sus necesidades en función de sus recursos y costumbres, aprendiendo unas de otras y considerando los conocimientos y aportes de las abuelas y abuelos quienes han sido clave en la conservación de su cultura: no obstante, existen instituciones en las comunidades que influyen de algún modo en la manera de cómo las mujeres resuelven sus necesidades y atienden sus problemas.

Con respecto a ello, las mujeres de Sotuta Yucatán pueden hacer uso de elementos de la cultura maya para satisfacer sus necesidades de salud, o bien, para aceptar este proceso de salud-enfermedad, esto al interiorizar y dar interpretaciones específicas a este binomio; asimismo, retomar los aportes de la medicina tradicional en sus hábitos de cuidado o una concepción del padecimiento que emana de la experiencia y de los antecedentes familiares que tengan.

De esta manera, analizar lo simbólico, permite interpretar aquellas expresiones, acciones, acontecimientos, prácticas sociales, usos y costumbres, la organización de su espacio y tiempo e incluso la propia alimentación de la población. Es decir, las formas simbólicas son un acercamiento teórico a las estrategias o alternativas que las mujeres ponen en práctica en función de su salud y que determinan el automanejo como seres adherentes a un contexto cultural. Otro punto relevante, según Giménez (2005), es concebir a lo simbólico desde vertientes que la constituyen como, por ejemplo: entender que la cultura se encuentra en todas las manifestaciones de la vida individual y colectiva, es decir, tiene una cobertura holística y transversal en la vida de las personas, y la salud no es la excepción.

De manera que no es solo un significado para ser analizado desde el discurso, sino que, también es un dispositivo de poder; es decir, les permite sentirse capaces sea cual sea su situación. Por ejemplo, las mujeres mayas con diabetes a pesar de su condición en los servicios de salud generan alternativas en su proceso salud-enfermedad; en este panorama, conocer cómo viven estas mujeres mayas al tener diabetes mellitus, y las estrategias de automanejo que adoptan a partir de los recursos con los que cuentan en su contexto, es una forma de analizar la política social en salud desde la interiorización de los significados, al rescatar las experiencias y prácticas de las mujeres en esa realidad social.

Los derechos humanos y de salud de comunidades indígenas en el marco de la cultura

La población indígena en México representa a una organización social pluriétnica y con una gran riqueza multicultural, la cual tiene derecho al disfrute pleno de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, ya sea como personas o comunidades, sin embargo, además de resistir el arrebato de patrimonios ancestrales y la negación de su identidad étnica, lingüística y cultural, actualmente enfrentan un limitado y difícil acceso a estas garantías, determinado por situaciones de discriminación y exclusión en la sociedad.

A pesar de que las comunidades indígenas representan un grupo de atención prioritaria en el país, al representar el 10.1% de la población total, de la cual 6 millones 146 mil 479 son mujeres (51.1%) y 5 millones 879 mil 468 son hombres (48.9%) (Encuesta Intercensal 2015) y el criterio de hogar (como se citó en Instituto Nacional de Pueblos Indígenas, 2018), la violación a sus derechos persiste a pesar de que organismos internacionales lo han declarado como un grupo prioritario y han direccionado estrategias para preservar sus recursos culturales y el acceso a sus derechos desde ese enfoque.

Los derechos humanos en comunidades indígenas

Hablar de la población indígena requiere que se reconozca a un grupo de personas como sujetos de dignidad, con intereses, aspiraciones, que valen por ser quienes son: personas; por esta razón, es que no puede excluirse a los indígenas de los derechos humanos, ya que son inherentes a todas las personas. Entre las múltiples aportaciones las Naciones Unidas a la Humanidad se encuentra la creación de una normativa integral que aborda los Derechos Humanos, promulga un código al que todas las naciones pueden adherirse y al que toda persona aspira. Este mismo organismo define un abanico internacional de derechos en ámbitos como el civil, cultural, económico, político y social, al tiempo que garantiza su protección y promoción para que los Estados miembros tengan capacidad resolutoria en sus responsabilidades (ONU, 2019).

Para Amnistía Internacional (2019), los Derechos Humanos son un conjunto de derechos y obligaciones inherentes a todas las personas, que nadie, ni el más poderoso de los gobiernos, tiene autoridad para negar o quebrantarlos. Dichos derechos no tienen distinción de sexo, nacionalidad, lugar de residencia, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, edad, partido político o condición social, cultural o económica, puesto que son universales, indivisibles e interdependientes. También, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha encargado de definir y caracterizar a los derechos humanos, al considerarlos como las garantías jurídicas de carácter universal que protegen tanto a individuos como a grupos, tal como la población indígena, en contra de

acciones que interfieran en sus libertades fundamentales y en la dignidad humana.

En síntesis, la lucha y el trabajo para garantizar el goce pleno de los derechos humanos no ha sido una tarea fácil, especialmente para la población indígena, debido a que su cumplimiento se limita en el discurso. Para los pueblos indígenas se requiere de un trabajo holístico para el reconocimiento; es decir, tomar en cuenta sus derechos territoriales, jurídicos, culturales, sociales, económicos y políticos.

De lo anterior, es indudable que se han logrado avances tanto en los marcos jurídicos nacionales como internacionales, pero en especial, se va avanzando en la participación de las personas indígenas para exigir, proteger y promocionar sus derechos, convirtiéndose en líderes comprometidos con su pueblo. A pesar de dichos avances, falta un largo camino para el goce de los derechos, aunado a que exista un verdadero compromiso por parte de las autoridades para hacer respetar los derechos humanos.

El derecho a la salud en comunidades mayas

Unaj u kaláanta 'al u toj ólal kaj náalo 'ob, forma en la que se traduce en lengua maya el derecho a la protección a la salud, y se puede traducir en las demás lenguas para las diferentes poblaciones indígenas que se encuentran en el país, pero la pregunta es en el acceso a este derecho ¿cómo se traduce en las diferentes realidades y contextos de las personas indígenas del país?

Entre los derechos más transgredidos de esta población se encuentra el acceso a los servicios de salud, ya que, en el transcurso de la historia, se ha dejado a los pueblos indígenas en una situación de precariedad donde la vida digna y los servicios, son una utopía y muestran carencias en el acceso a derechos básicos como: salud, vivienda, educación y empleo. Los llamados derechos sociales, a la educación, la salud, el trabajo, la vivienda, ingresos básicos, etc. son aquellos los que cubren dignamente las necesidades actualizando de ese modo nuestras capacidades.

Por tanto, el derecho a la salud es uno de los derechos fundamentales protegido desde los marcos jurídicos tanto nacionales como internacionales; sin embargo, también se posiciona como el derecho más trasgredido en el país, considerando que el Estado no garantiza la atención a los servicios médicos necesarios en las localidades más vulnerables de México. A pesar de los esfuerzos de colectivos, para los defensores de los Derechos Humanos y demás personas interesadas en el tema, queda pendiente en materia de salud, la atención a las comunidades indígenas, y como sucede con otros derechos sociales, son las más desprotegidas y con una atención deficiente.

En este escenario, es importante retomar lo que se establece como el derecho a la salud, el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo, en el artículo 7, fracción 2, señala la obligación de los gobiernos de mejorar las condiciones de vida, trabajo, salud y educación de los pueblos interesados, aspectos que deben ser prioritarios en la formulación de planes de desarrollo de cada región (Diario Oficial de la Federación DOF, 1991) De igual forma, específica en los artículos 24 y 25 que los gobiernos deben ser garantes de seguridad social y la salud, mismo que considera la disponibilidad de servicios de salud para los pueblos indígenas e implementación de servicios en la comunidad. En tal, el artículo 24 menciona:

Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud (CNDH, 2015, p.37).

A partir de lo anterior, se puede visualizar que el derecho a la salud en comunidades indígenas no basta con proporcionar un servicio, sino que este debe ser respetuoso de la cosmovisión acerca de la salud-enfermedad, a sus recursos naturales y personales; es decir, reconocer la labor de las médicas y médicos tradicionales como actores-promotores de la salud comunitaria. De este modo, el derecho a la salud

adquiere relevancia ya que requiere de articular elementos como la cultura, naturaleza y salud; pues al no hacerlo conlleva a una grave discriminación y violación a sus derechos.

El reconocimiento, protección y garantía de los derechos humanos, en especial el derecho a la salud ha reunido a diversos colectivos en donde los mismos pueblos y comunidades hacen de los derechos humanos una bandera de lucha encaminados a exigir una vida digna. El Estado se compromete a través de convenios y pactos internacionales de derechos humanos; sin embargo, queda promover la exigibilidad y justicia del derecho a la salud, en exigir la aplicabilidad de políticas sociales suficientes con la participación de los pueblos indígenas.

Conceptualización de las estrategias de automanejo desde el binomio persona- entorno

En complemento a las teorías presentadas, se realizó una revisión conceptual que permite el entendimiento del objeto de estudio: las estrategias de automanejo de las mujeres mayas frente a la diabetes, lo anterior considerando su falta de accesibilidad a los servicios de salud de las que es garante el Estado. Este concepto ha sido abordado desde el marco de otras investigaciones; no obstante, es importante conceptualizarlo desde el contexto en el que se ubica la población de estudio considerando la cosmogonía, factores culturales y el sistema donde interrelacionan.

En función de enmarcar los antecedentes del automanejo como un concepto que permite comprender la dinámica de las personas al momento que estas atraviesan enfermedades crónicas y que desbordan sus recursos, es oportuno mencionar que la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile ha sido parte del primer proyecto relacionado con este tema, desarrollado entre 1983 y 1985; y a partir de esta práctica, se busca continuar con una serie de proyectos que abonen al tema del automanejo. De la misma manera Dorothea Orem, ha sido pilar en temas de investigación y docencia de esta temática y la convicción de esta teórica es que todas las personas tienen capacidad de cuidar de sí mismas.

La anterior perspectiva genera una explicación de los antecedentes del automanejo en materia de salud con relación al entorno social. En ese sentido, se puede inferir que los procesos para un adecuado automanejo de la diabetes, no solo depende del ámbito individual, sino también colectivo, lo cual fundamenta que dichas estrategias deben ser conceptualizadas desde lo social, entendiendo que estas son parte de un contexto que se construye a partir de su pertenencia a varias instituciones sociales, como es la familia. Para una mejor comprensión del tema se señala a continuación una de las definiciones de automanejo por parte de Langeet al. (2013) quienes afirman que:

El automanejo, se refiere a la habilidad de la persona, junto a su familia, comunidad y equipo de salud, para manejar síntomas, tratamientos, cambios en estilos de vida y las consecuencias psicosociales, culturales y espirituales de las condiciones crónicas de salud. (p.9)

Esta definición permite confirmar que las estrategias de automanejo reciben influencias de lo social a pesar de que la persona es quien orienta sus acciones, dado que los recursos de las personas son producto de interacciones simbólicas con su cultura, permite ver que detrás del autocuidado de una mujer maya que padece diabetes, se encuentra una demanda que rebasa los recursos individuales de las personas dada su interacción con el entorno. En tales circunstancias, las mujeres mayas que padecen esta enfermedad viven esa complejidad, ya que sus demandas no solo están relacionadas con su padecimiento, sino también con su nivel socioeconómico, género y condición social, por lo cual, sus recursos son limitados, principalmente, los que deben ser generados por el Estado.

Por su parte, para la Organización Panamericana de la Salud, el automanejo se refiere al rol central del paciente en el manejo de su propia salud (OPS, 2012, p.1), es decir, a la participación del paciente en el tratamiento y la educación de este sobre su enfermedad, lo cual incluye el ámbito biológico, emocional, psicológico y social. La filosofía del automanejo, aunque pareciera depender únicamente de las personas que padecen la enfermedad, se vincula con la participación del personal de salud, ya que estos se consideran los educadores de las y los

pacientes, para que estos puedan adquirir habilidades y destrezas para vivir con la enfermedad y aumentar las posibilidades de calidad de vida.

Con base en lo anterior, se concibe a las estrategias de automanejo como recursos que las personas implementan junto con su familia y en un momento determinado con el personal de salud y personas de su comunidad que se suman al apoyo y crean las alternativas para vivir con la enfermedad de la diabetes. A su vez, estas alternativas son obtenidas de la interacción con las instituciones sociales a las que estas pertenecen, formando así modos de sobrellevar las demandas multicausales.

Posicionamiento teórico sobre las estrategias de automanejo

Al analizar las estrategias de automanejo desde los pueblos indígenas, específicamente en las mujeres de las comunidades mayas con diabetes que, por lo general, son un grupo que se encuentra lacerado ante la situación de discriminación que vive, tiene como objetivo de identificar las estrategias desde un contexto que involucra el enfoque interaccionista para comprender la influencia de los significados desde la cultura. En este sentido, se ha llevado a cabo la revisión de la literatura (véase tabla 5), la cual permitió identificar características que agrupan estrategias que las mujeres generan para responder a su realidad, las cuales son cambiantes dependiendo las condiciones y las situaciones por las que se esté atravesando. Lo anterior, permite determinar el automanejo como un proceso dinámico y que es condicionado por lo sociocultural, es decir, por las interacciones entre ellas y su entorno social.

Delimitar las estrategias de automanejo, por tanto, es una tarea compleja, ya que existen diversas acepciones de acuerdo con el contexto o la perspectiva de científicos que han abordado el tema, puesto que las situaciones y circunstancias en la que se emplea el estudio del automanejo son diversas. En el caso de esta investigación, se toma como referencia la postura de Lorig y Holman (2003, quienes abordan el automanejo desde un enfoque social, en el que se considera a las

personas con padecimiento de diabetes como la principal responsable de su automanejo en este proceso de salud-enfermedad, considerando los recursos, habilidades y conocimientos que han obtenido dentro de su contexto.

Dicha perspectiva abona al enfoque interaccionista simbólico y cultural del que pretende partir la misma, y su clasificación retoma aportaciones de otros autores como Bandura, Lawn, Battersby, Harvey, entre otros. Asimismo, su perspectiva permitirá adecuarla al contexto o situación de las mujeres mayas con diabetes y la realidad que viven en la búsqueda de su bienestar, considerando la continua interacción con las instituciones sociales a las que pertenecen y que a su vez las conforman.

Empero al ser el padecimiento de la diabetes una situación que lleva a cambios en el modo de vida de las mujeres mayas, se considera factor de riesgo para su bienestar, ya que pertenecen a una población socialmente vulnerable (a razón de género y etnia), Por tanto la mirada sociocultural del automanejo son aportes importantes para el automanejo de las mujeres mayas con este padecimiento ya que al carecer de condiciones que favorezcan su situación de salud, el autocuidado se hace presente de diferentes formas, en las que, la cultura y la etnicidad son claves.

Tabla 2
Revisión conceptual del automanejo

Autores	Definición	Categorías analíticas/aportaciones
Grady y Gough	Atención diaria por parte de las propias personas que cursan con alguna enfermedad crónica; es decir, aquellas tareas que las personas realizan en el hogar para prevenir enfermedades, en lugar de solo atender una enfermedad existente.	Atención diaria Tareas Prevención y atención de enfermedades
Lawn, Battersby,	Forma de evitar las complicaciones innecesarias, lo que maximiza la calidad de	Evitar las complicaciones

Harvey, Pols yAckland	vida con el aumento de apoyo informal yformal.	Maximiza la calidad de vida Aumento de apoyo informal y formal
Bandura	Nivel de confianza de las personas en relación con su capacidad para realizar una tarea determinada, como un comportamiento de salud específico, es un factor determinante si inician o no ese comportamiento	Nivel de confianza Capacidades

Fuente: Elaboración propia, 2021

Una vez entendiendo a la diabetes como una condición de vulnerabilidad y a los servicios de salud carentes de accesibilidad como parte de lo complejo del entorno social endonde ambos amenazan la salud de las mujeres mayas, es preciso observar que la clave de esta relación son los significados personales y culturales de la enfermedad, mismos que determinan los modos de actuar ante el padecimiento, así como el apoyo al automanejo que les proporcionan los profesionales de la salud. Estos significados que las mujeres mayas le otorgan a la situación en función de sus experiencias, les ayudan a catalogar la diabetes mellitus como una condición que puede representarse como irrelevante o trágica para su vida, pero que finalmente pone en funcionamiento estrategias de automanejo.

Por tanto, retomar los postulados del interaccionismo simbólico fundamenta la posturadel automanejo en esta investigación, partiendo de que “el individuo en la medida en que pertenece a un contexto sociocultural es partícipe activo de una realidad simbólica unida porel lenguaje” (Blanco, 1995, como se citó en Macías et al 2013, p.127); es decir, al ser parte de esta realidad cultural en el contexto maya genera un esquema de comportamiento en las mujeres para darle un significado al padecimiento; es por ello que, no se pueden generalizar las estrategias, dado que el contexto y las instituciones sociales con las que interactúan influyen en su aplicación.

En este sentido, se contempla a las mujeres mayas no solo por sus experiencias de vida con respecto a la enfermedad, sino que, a partir de las experiencias de otras personas de su entorno, en gran medida se

retoman las creencias familiares, comunitarias y sociales, en general su cosmovisión, para darle significado a este padecimiento que permanecerá a lo largo de su vida al tratarse de una condición de salud crónica degenerativa.

En su defensa Blanco (1995, como se citó en Macías et al., 2013) alude que, la mutua influencia de las variables personales y situacionales en el automanejo se da a través del intercambio simbólico en un contexto social, es decir, “en términos de creencias, normas sociales, costumbres, la asimilación de derechos y deberes, esquemas de comportamiento, significados, etc., que caracterizan a las instituciones a las cuales el individuo pertenece” (p.127).

Desde este punto de vista anterior, las formas de sobrellevar un problema, aprendidas desde los núcleos sociales como la familia y la misma comunidad, son parte fundamental de los conceptos y significados que las mujeres indígenas mayas tengan de la enfermedad que padecen; incluso el hecho de que hombres y mujeres apliquen modos diferentes de atenderse respecto a la enfermedad, habla de las normas de género que han sido instauradas directa o indirectamente y que constituyen dicho intercambio simbólico, sobre todo en una cultura.

Desde la mirada social del automanejo, este depende de los recursos individuales y sociales que las personas poseen, los cuales se van obteniendo de acuerdo con la interacción con su entorno, como son las instituciones sociales que agrupan: familia, religión, grupos de ayuda mutua, amigos, comunidad indígena o cualquier otra que genera alternativas de apoyo para crear la situación. Tal como lo señalan Caron y Bowers (2000) y Lorig y Holman (2003), refieren que el automanejo puede analizarse desde cinco dimensiones: recursos, conocimientos, adherencia, participación y toma de decisiones informadas en referencia a algún padecimiento, las cuales permiten a la persona con diabetes mellitus abordar su padecimiento de una manera holística desde el contexto en el que viven.

Tabla 3*Dimensiones del Automanejo*

Dimensión	Concepto
Recursos	El acceso a varios tipos de recursos como los físicos, ambientales y socioeconómicos disponibles para el paciente, así como las herramientas necesarias para tener éxito en las conductas de automanejo
Conocimiento	Representa la aplicación de la información y las habilidades necesarias para adaptarse a un estado de enfermedad crónica
Adhesión a un plan	La adquisición de recursos y conocimientos le permite a la persona, adherirse a un plan de atención mientras participa activamente en el manejo diario de la enfermedad crónica.
Participación	Equilibra el dominio de la adherencia con la necesidad de la persona de asumir la responsabilidad de su propio cuidado y representan el deseo interno del paciente a ser un participante activo en el manejo de su enfermedad crónica.
Toma de decisiones	La culminación de recursos, conocimiento, adherencia a un plan y participación es la toma de decisiones informada, esta brinda la capacidad de tomar decisiones óptimas y emplear diferentes estrategias de tratamiento y manejo de la enfermedad en el día a día.

Fuente: elaboración propia, a partir de la revisión de la literatura, 2020

En ese sentido, las estrategias de automanejo para la diabetes que implementan las mujeres indígenas mayas se determinan por los recursos que estas instituciones sociales ofrecen y que las personas utilizan y son dadas por la cultura con respecto a la enfermedad. Cabe señalar que, aunque los servicios son considerados como parte de la institución social que representa el sistema de salud, este no es el único satisfactor en las necesidades de las mujeres con tal padecimiento, por lo que, tienen que recurrir a las alternativas que le ofrecen otras interacciones como, por ejemplo, acudir a medicina tradicional, siendo este un recurso de su cultura, aunado a la responsabilidad que recae en cada mujer que padece esta enfermedad crónica.

Por otro lado, el Estado como un sistema de organización política, debe garantizar el derecho a la salud, principalmente en la población vulnerable, como la indígena, sin embargo, no ha podido ofrecer

mayores alternativas de atención, ya que sus acciones no han tenido el impacto esperado toda vez, que no se encuentran apegadas al contexto de las mujeres indígenas mayas; es decir, no se ha logrado el enfoque intercultural que tanto se precisa al atender a población indígena.

Además de lo anterior, carecer de un servicio especializado para la atención de la salud de esta población, es indicativo de que existen otros factores que entran en consideración en el momento de establecer el automanejo que de las mujeres mayas tienen sobre la diabetes, como por ejemplo el contexto, ya que existen posibles diferencias de condiciones de vida que influyen en el empleo de una forma de automanejo u otra.

En definitiva, las condiciones de vida y el contexto son un eje central de acciones específicas para la atención holística de las mujeres indígenas mayas respecto a la diabetes. Por esta razón, es importante analizar en cada una el ámbito individual y colectivo, considerando de igual forma, que las instituciones sociales influyen en su establecimiento y determinan lo que representa para las mujeres la enfermedad de la diabetes mellitus.

Políticas Sociales en Salud en Comunidades Indígenas en México

Abordar el tema de las políticas sociales es un asunto que presenta diversas aristas y contextos en el que se desarrollan las personas como la cultura, la salud, educación y otras, las cuales influyen en su bienestar social. Las personas somos parte de nuestra historia, la cultura influye en el modo de actuar de pensar y estar en el mundo; en ese sentido, la política social va de la mano con esta, ambas están entrelazadas, siendo ambas la base para una sociedad:

... la política social se constituye tanto en la órbita estatal como en el campo empresarial en la base de sustentación funcional-laboral del servicio social, determinando así su funcionalidad dándole legitimidad a través de la demanda de su intervención y, por lo tanto, creando un campo laboral propio para esta profesional. Así, la política social, por constituir fuente de legitimación, instrumento de intervención y campo de ocupación del asistente social. (Borgianni

y Montaña, 2004, p.8)

Siendo la política social la base para un adecuado funcionamiento armónico de la sociedad, se debería tomar como información determinante para el conocimiento del contexto de las personas. Tanto la política social y la cultura fungen como un marco de referencia para atender las necesidades sociales y culturales, así que, trabajarlas de manera transversal, es esencial para comprender las necesidades y demandas de las personas en el marco de sus referencias culturales.

Por otro lado, se interpreta la política social como la gestión y reproducción de la fuerza del trabajo reduciendo los costos de producción capitalista, aumentando la productividad del trabajador y estimulando el consumo. Finalmente, las políticas sociales son vistas por el autor como “mecanismos de institucionalización y conciliación de los conflictos fragmentándolos y corporativizándolos dentro de los marcos estatales”. (Faleiros, como se citó en Castro, 2008, p.16)

A partir de estas consideraciones, el autor va definiendo parte de las funciones de la política social, en el marco del capitalismo, mismo que considera la fuerza del trabajo como algo fundamental, y la política como un mecanismo para conciliar los conflictos, es la oportunidad para considerar qué tanto se ha puesto en práctica o de qué forma se desarrolla dicho mecanismo para realmente conseguir mediar los conflictos en la sociedad, como, por ejemplo, la atención en la salud de las poblaciones indígenas. En ese sentido resulta necesario considerar a Arteaga y Solís (2001), quienes afirman que:

En términos generales una política social se concibe como un conjunto de guías, más o menos formales, en ocasiones sujetas a cambio, que dirigen las acciones de una persona hacia otras, hacia la satisfacción de necesidades o hacia la explicación o justificación de acciones. Hasta cierto punto las políticas son planes o guías de acción que establecen parámetros para las conductas específicas y que emergen del entre juego entre conocimiento, valores y experiencia. (p.564)

De forma que, la política social también contempla las relaciones sociales e institucionales, ya que estas figuran en los programas que se refieren a determinado momento de la historia, por lo cual, vale considerar las particularidades de cada grupo o comunidad en el tiempo determinado en el que se establecen, en cuestión de temas de educación, vivienda, trabajo y principalmente de la salud; es decir, aquellos programas y proyectos que se ejecutan para atender las necesidades y problemáticas relacionadas con la salud, desde el ámbito comunitario hasta un tercer nivel de atención. El sistema público de salud en México, de acuerdo con López y Jarrillo (2017), se constituye en tres segmentos:

Tabla 4
Acceso de servicios de salud en México

Tipos de acceso a servicios de salud	Institución
Seguridad social para trabajadores con empleo formal, subdividido en distintas instituciones con atención a conjuntos específicos de trabajadores.	<ul style="list-style-type: none"> ● Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ● Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ● Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM) ● Petróleos Mexicanos (PEMEX)
Para las personas que carecen de seguridad social	<ul style="list-style-type: none"> ● Secretaría de Salud ● Sistemas Estatales de Salud ● Programa IMSS-Prospera (IMSS-Coplamar desde 1979, posteriormente IMSS-Solidaridad e IMSS-Oportunidades) ● Seguro Popular (2004), ahora Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI-2020)
Servicios de salud privados	<ul style="list-style-type: none"> ● Empresa médica-hospitalaria ● Consultorios de farmacia

Fuente: Elaboración propia a partir de López y Jarillo, 2017.

Con lo anterior, se identifica el poco éxito de la política social en temas de salud: el sector privado es más eficiente que el público y por ello la función del Estado no es producir bienes y servicios, sino

regular. Por tanto, las comunidades indígenas resultan población vulnerable y más afectada, puesto que cuentan con limitadas opciones para acudir a atender sus padecimientos, y en caso de requerir atención más especializada, esta tiene un alto costo. Comprender los efectos que conlleva la aplicación de la política social en salud, implica comprender sus consecuencias en la calidad de vida y los servicios de salud, en los que, las inequidades y la pobreza siguen en aumento. Desde la perspectiva de los derechos humanos, la salud ha tenido importantes debates, avances y atención por personas expertas en el tema, teniendo como resultado diversas declaraciones, convenios y pactos de derechos humanos en el ámbito internacional desde mediados del siglo XX; sin embargo, aún se requiere trabajarlos en la realidad.

Para Parsons (2007) el concepto de política pública “supone la idea de lo público como una dimensión de la actividad humana regulada e intervenida por la acción gubernamental” (p.15), en el caso de las políticas de salud son de gran importancia ya que están relacionadas con la vida de las personas, las cuales pueden influir en conductas benéficas o de riesgo. En general no existe una fórmula para la elaboración de políticas, pero tampoco su aplicación esgarantía de un buen resultado, ya que esto último está determinado por la cultura, el contexto, estilos de vida, etc.

Al analizar las políticas sociales desde la Secretaría de salud (2019) hay que considerar la realidad social, la cual es cambiante, amplia y está construida a partir de lo que los actores establecen u otorgan desde sus significaciones, sus necesidades, en este caso en la salud, tema en el cual existen vacíos con respecto a la población indígena. Considerar la política social en México para la protección de la salud, requiere identificar problemáticas diversas: instalaciones abandonadas, sobrecarga de los servicios, falta de personal, tiempo de espera prolongado e incluso atención deshumanizada, descentralización y segmentación del sistema público de salud, así como, poco énfasis en la promoción y prevención, por mencionar algunas.

Retomando las aportaciones de la Secretaría de Salud (2019), se destaca que los antecedentes históricos más relevantes en materia de

salud en México, se encuentran en la puesta en práctica del plan neoliberal (1983) a favor del aseguramiento social como principio de financiamiento de la salud; la reforma del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS (1995-1997) caracterizada también por la entrada de administradores/compradores y prestadores de servicios privados; la creación del Seguro Popular (2003), financiando la demanda mediante el aseguramiento privado; la reforma de Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE.

A pesar de lo anterior, y de que el Seguro Popular fue la propuesta para solucionar la falta de atención a la población que no cuenta con seguridad social, años después, veinte millones de mexicanos no cuentan con ningún tipo de servicio de salud, y en caso de tenerla estos servicios solo cubren el 20% de sus necesidades económicas totales (Secretaría de Salud, 2019).

En este contexto, desde las políticas sociales, a partir de enero del 2020 se ofrece servicios de salud, en todo el territorio nacional a personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE a través del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI); ello para garantizar el derecho a la salud de todas y todos los mexicanos; no obstante, el impacto de esta acción como parte de la política social en salud aún no puede definirse, sobre todo si se trata de la población indígena que ha sido la de mayor marginación en el México.

Asimismo, en la administración actual del gobierno en México, encabezada por el Lic. Andrés Manuel López Obrador, se establecen algunas políticas respecto a la salud pública, mismas que aún se encuentran en proceso de construcción e implementación, con base en lo que menciona el artículo 4º constitucional:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general (H. Congreso de la Unión, 2021, s/p).

Entre las estrategias implementadas se destaca: la federalización progresiva de los servicios estatales de salud, la evaluación sistemática

en el cumplimiento de la nueva política, el incremento de la capacidad regulatoria de la Secretaría de Salud, aplicar el modelo de Atención Primaria de Salud Integral (APS-I) reorganizar la regulación sanitaria, entre otras, (Secretaría de Salud, 2019); sin embargo, no se localiza, por lo menos en estas acciones, una relación entre la política de salud y su aplicación en contextos de las comunidades indígenas. No obstante, la creación del Instituto Nacional de Pueblos Indígenas establece una nueva relación entre el Estado y esta población, dando reconocimiento a los pueblos indígenas y afroamericanos como sujetos de derecho público mediante la garantía y respeto de sus derechos fundamentales, esto a partir de la política pública del estado mexicano.

En este panorama, se rescata una acción gubernamental relacionada directamente con dicha correlación entre la política de salud y el contexto de las comunidades indígenas como parte de sus derechos en el marco del Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (2019) objetivo:

Fortalecer y revitalizar las culturas, lenguas, valores, saberes y demás elementos que constituyen su patrimonio cultural y biocultural; e investigar sobre los aspectos relevantes de la vida de los Pueblos Indígenas y Afroamericano

Fomentar la medicina tradicional indígena y promover su articulación con el sistema de salud pública, así como su reconocimiento (p.43).

En reflexión a lo anterior y lo que se ha mencionado en este apartado, se evidencia que la actual administración contempla en sus acciones la mejora de las políticas de salud desde el Instituto Nacional de Pueblos Indígenas que vela por los derechos de esta población; no obstante, habría que evaluar los impactos de estas propuestas al paso del tiempo, luego de su implementación, o bien, verificar si se llevaron a cabo.

Política Social en Salud en Yucatán

Focalizando el problema en las comunidades indígenas mayas es preciso mencionar que estas ocupan el lugar número tres entre las diez poblaciones con mayor prevalencia de población en el país (Instituto Nacional de Pueblos Indígenas, 2019) y en Yucatán constituyen el 8.7

% de la población indígena de México, porcentaje que situó al estado en el sexto lugar entre las entidades federativas con mayor índice de población indígena (PED,2018).

Tan solo en el 2015, de acuerdo con el Plan Estatal de Desarrollo del Gobierno del Estado de Yucatán (2018-2024), la población indígena en el estado representaba el 50.2% de la población total, situación que lo ubica en el primer lugar “entre las entidades con mayor porcentaje de población indígena con respecto a su población total” (Gobierno estatal de Yucatán, 2018, p.160).

Lo anterior, deja en evidencia la magnitud de la población objetivo, quienes, dentro de su situación de vulnerabilidad, enfrentan limitantes al acceder a los servicios que deberían fortalecer su calidad de vida, bienestar, desarrollo social, mediante los derechos básicos, como la salud.

La situación anterior se agrava cuando en una comunidad indígena no se cuenta con los servicios médicos pertinentes, por lo que las y los habitantes se tienen que desplazar de un municipio a otro para ser atendidos, y si a ello se le suma la falta de recursos económicos, la situación se torna compleja. Esta es una realidad que viven las familias yucatecas de las comunidades indígenas, especialmente, cuando se trata de enfermedades crónico- degenerativas como es la diabetes. En el estado de Yucatán, la política social en salud con base al Plan Estatal de Desarrollo establece lo siguiente:

Tabla 5
Política social en salud del Estado de Yucatán, Plan Estatal de Desarrollo 2018-2024.

Objetivo	Estrategias	Líneas de acción
Mejorar la condición de salud de la población en el estado.	Impulsar la participación de autoridades locales y comunitarias en el mejoramiento de los determinantes sociales en salud para incidir positivamente en la salud pública.	* Promover la colaboración con las y los auxiliares de salud comunitarias y parteras tradicionales en el reforzamiento de acciones de prevención y control de las enfermedades en las comunidades.

Incrementar el acceso incluyente y de calidad al Sistema Estatal de Salud.	Fortalecer la gestión hospitalaria y el desarrollo del capital humano en salud con enfoque de inclusión e interculturalidad.	<ul style="list-style-type: none"> * Organizar las unidades de primer nivel y la atención prehospitalaria con medicamentos suficientes, equipos especializados y atención de los padecimientos con mayor frecuencia en las regiones de mayor vulnerabilidad social. * Reorganizar el recurso humano de salud con esquemas que amplíen la cobertura en el estado y aseguren la atención en hogares y comunidades. * Expandir los horarios de atención médica para brindar servicios en el primer nivel de atención durante las 24 horas al día, los siete días de la semana.
--	--	--

Fuente: Elaboración propia (2019) con base en el Plan Estatal de Desarrollo de Yucatán, 2018-2024.

Desde lo planteado con anterioridad se considera que en la política social en salud del estado de Yucatán, se incorpora la cosmovisión, tradiciones, cultura, y prácticas de la comunidad maya para trabajar en conjunto con la medicina científica en razón de la prevención y atención de la salud, es decir, el Plan Estatal de Desarrollo plantea propuestas idóneas en lo que respecta al proceso de interculturalidad en la intervención, pero, incluso en este panorama, hace falta corroborar que lo plasmado en el plan, se lleve a la práctica en acciones concretas. Reflejo de ello, es que según los datos del Plan Estatal de Desarrollo de Yucatán 2018-2024 se determina que, en 2015 el 11.4% de la población refirió padecer carencia de acceso a los servicios de salud en municipios indígenas.

Las cifras anteriores colocaron a Yucatán en el octavo lugar dentro de los estados con mayor porcentaje de carencias por acceso a los servicios de salud, especialmente las comunidades indígenas alejadas de la capital, o bien, de las cabeceras municipales, incluso el diagnóstico de salud y bienestar de este documento refiere que los escasos mecanismos de prevención con enfoque de inclusión social y la cobertura insuficiente del servicio estatal de salud en los municipios y

comunidades más rezagadas del estado han ocasionado una alta incidencia de enfermedades y que la salud pública sea ineficiente para el bienestar social de la población (Gobierno del Estado de Yucatán, 2018, p.101).

De lo anterior, los servicios públicos de salud en Yucatán tienen retos importantes con respecto a la calidad de los servicios que otorga, la tasa de utilización de servicios ambulatorios² de salud fue de 76.6 por cada 1 000 habitantes y aunque no se especifica la cifra según el padecimiento, refiere una idea de la alta demanda en la población, donde se incluyen las mujeres indígenas mayas con diabetes que están adscritas a las instituciones públicas de salud.

Por otra parte, según la ENSANUT, (2012) la distribución en el uso de los servicios ambulatorios (en donde entra el control de la DMT2) muestra diferencias según instituciones: “las instituciones de seguridad social y otras instituciones públicas atendieron a 39.9% de la población, mientras que la Secretaría de Salud y los servicios lo hicieron con 60.1% del total” (p.97).

Siguiendo la idea anterior, esta información permite visualizar que la población indígena tiene como alternativa asistir a servicios de salud privados a pesar de las diferentes situaciones de marginación y pobreza que enfrentan, situación que puede deberse a las deficiencias en los servicios de salud públicos del estado; en otras palabras, que no cumplen con las necesidades de la patología y la persona usuaria. Esto se confirma con lo reportado a nivel nacional, dado que la utilización de servicios públicos de salud disminuyó entre 2012 y 2018 y aumentó la de médicos privados y de consultorios dependientes de farmacias, siendo mayor en población indígena con un incremento tres veces más grande entre ambos periodos, entre los principales motivos de consulta se encontraba la Diabetes mellitus (Flores et al, 2019).

En relación con el surtimiento de medicamentos recetados, ello se

² La utilización de servicios ambulatorios fue definida como la atención por enfermedad y el control de esta, lesión o accidente que no requirió hospitalización en las dos semanas previas a la encuesta.

considera un reto en los servicios de salud de Yucatán debido a la insuficiente asignación de recursos para su abasto, lo que trae como consecuencia que las personas usuarias o las familias tengan que pagar con sus propios recursos los medicamentos recetados (ENSANUT, 2012); sin embargo, la diabetes y sus complicaciones en la salud y en la economía no se detienen ante este panorama, y muchas veces la situación económica se encuentra fuera del alcance de las personas y sus familias, así como para las economías nacionales, lo cual deja un pendiente con respecto a la calidad en los servicios de salud, y por ende, de la política social en salud del estado de Yucatán.

Política social en salud en Sotuta, Yucatán

Ya se ha visualizado el panorama estatal en cuanto a la política social de Yucatán, ahora, es importante centralizar la atención a nivel municipal. Como en todo el estado, las diferencias de las culturas en cuanto a lengua y comunicación, valores y creencias, formas de vida y organización del tiempo, en general, no han sido tomadas en cuenta en la atención de salud. La localidad de Sotuta cuenta con un Centro de salud, donde “brinda información a manera de pláticas sobre prevención de enfermedades crónico-degenerativas, cáncer de mama, enfermedades transmitidas por vectores” (Betancur, 2019, p.52). Si bien, al contar con un centro de atención a la salud se favorece a las familias; no obstante, el servicio de calidad no solo se limita a contar con infraestructura, también considera el desempeño del personal, los horarios de atención, la disposición física y los procedimientos técnicos realizados por el personal de salud.

Si se reconoce que la prestación de servicios de salud es de baja calidad en países en desarrollo, esta situación tiende a agravarse en las áreas municipales habitadas por pueblos indígenas. Es preciso incorporar el enfoque intercultural, concibiendo a la salud como un derecho humano y tomando en cuenta la manera en la que estos pueblos tienen sobre la vida el cuidado de la salud. En Sotuta, se cuenta con el programa médico 24/7, la cual favorece al expandir los horarios de atención médica, cabe señalar que este solo brinda servicios de primer nivel de atención. Así, otra de las formas en la que atienden sus

necesidades de salud a partir de la medicina tradicional.

La aceptabilidad y accesibilidad en los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud no implica solamente conocer la disponibilidad y accesibilidad de las instituciones con las necesidades de las y los usuarios, ya que, otro término que concierne en el análisis del fenómeno de estudio es la aceptabilidad, que, de acuerdo con Wallace y Enriquez-Haass (2001), es importante porque “los servicios médicos pueden estar disponibles y accesibles, pero si no responden a los valores de los usuarios, desalientan al paciente a utilizarlos adecuadamente. La aceptabilidad con frecuencia se estudia a través de la satisfacción que manifiestan los pacientes”. (p.24)

De esta manera, el no figurar en su atención desde los servicios de salud, también incumbe a la toma de decisiones de las personas usuarias. En esta línea de análisis influye la cultura, sus significados respecto a la enfermedad y a la forma en que otras personas de su entorno han experimentado su atención.

En este sentido, la aceptabilidad se relaciona con la mejor manera de satisfacer las necesidades de las mujeres indígenas mayas, dependiendo también de sus recursos. Alguno de los factores que pueden influir en la decisión de ser atendido en las instituciones de salud elegir otra alternativa de atención, es la confianza, establecida en la relación del médico y la persona usuaria para el éxito de la medicina clínica, dado que, parte de aceptar el tratamiento implica creer en él.

En su caso, primero se debe contar con disponibilidad de servicios de salud, posteriormente, que sean accesibles; es decir, las formas adecuadas y al alcance, para ser parte de los servicios; sin embargo, un aspecto determinante es que deben también ser aceptados por las y los beneficiarios, ejerciendo su autonomía, y en las condiciones adecuadas en cuanto a género, ciclo de vida, situación de discapacidad y/o diversidad cultural (Parra, 2003).

No se puede hablar de una permanencia en los servicios de salud, sin

que se considere al usuario como un ser biopsicosocial, con necesidades y condiciones de vida completamente distintos unos de otros, en otras palabras, debe contemplarse la individualidad de la atención desde un enfoque holístico. Entonces, para que exista tal aceptabilidad se debe efectuar lo siguiente:

Ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate. (Parra, 2003, p. 261)

Lo antes mencionado, coadyuva desde un punto de vista subjetivo de las personas, a su bienestar o calidad de vida; sin embargo, desde la mirada de la implementación de la política social y, en específico, del acceso los servicios de salud, representa áreas de oportunidad para la inclusión de estas personas al sistema de protección a la salud.

Parte importante, de llegar a la aceptabilidad de las personas usuarias es contemplar la salud de manera holística, desde el bienestar físico, mental y social, lo cual implica no solo centrarse en la parte médica, sino también, en el contexto psicológico, de salud mental y, sin duda, de las redes de apoyo social. Esto en referencia a que, de acuerdo con los recursos que la persona disponga definirá la forma de atender su salud, en el caso de las mujeres indígenas mayas será fundamental conocer desde qué estrategias automanejan la enfermedad, como puede ser la aplicación de la medicina tradicional.

Entonces, la aceptabilidad de la salud implica que, entre un conjunto de posibilidades, las mujeres mayas puedan elegir respecto al manejo de su propia salud, por ello, la importancia de que los profesionales de las instituciones de salud garanticen los derechos de las y los pacientes, como puede ser la confidencialidad de sus datos, el derecho a la autonomía, a la prevención de los problemas de salud, a una muerte digna, etc. Cabe señalar que, aceptabilidad no asegura un acceso adecuado si persisten los problemas de la calidad no solo en la infraestructura y atención, sino también, en la calidad de los servicios

en general.

En esta línea de análisis, las estrategias de automanejo que implementan las mujeres indígenas mayas dependerán de la aceptabilidad de ellas frente a las características de los servicios de salud, incluso reflejará cómo optar por otra alternativa de atención acorde a su condición económica, cultural, o por género, lo cual determina estas vías de satisfacción de necesidades. Además, de que se puede encontrar una aceptabilidad parcial, que tome en cuenta cómo una estrategia de automanejo y la atención médica utilizados de manera simultánea, pueda hacer uso de otros medios alternativos, que en conjunto coadyuven en su calidad de vida.

En conclusión, la aceptabilidad se trata de la satisfacción de las personas usuarias de los servicios de salud y el grado de cumplimiento de ellas en el tratamiento, para lo cual, el personal debe ser culturalmente competente y respetuoso con las personas, esto es, no solo se trata de que las mujeres indígenas mayas puedan acceder y tener disponibilidad en los servicios, sino también, que se pueda considerar todo su contexto y cómo éste puede ser parte de las maneras en que automanejan la enfermedad, para permanecer en los servicios de salud y que las personas usuarias se sientan aceptadas con todas sus condiciones y características particulares, y cuando esto no sea así, optarán por hacer uso de otras alternativas disponibles.

Análisis y discusión de resultados

Este capítulo es el resultado del trabajo de investigación realizado con mujeres mayas con diabetes y está conformado por cuatro apartados de acuerdo a las categorías que emergieron durante el proceso de análisis de datos, así como, de las dimensiones de automanejo propuestas por Peñarrieta et al. (2018) las cuales se sintetizan en recursos, conocimientos, adhesión a un plan y su participación en la toma de decisiones y que representan el proceso de automanejo de la diabetes por parte de las mujeres; en cada una de estas dimensiones se presentan las estrategias de automanejo desarrolladas por las participantes del estudio.

Como primera dimensión, se identifican los resultados en torno a los recursos a los que las mujeres mayas como usuarias de los servicios de salud deben tener acceso, los cuales son considerados la base de la estructura del automanejo. Los recursos pueden ser físicos, ambientales y socioeconómicos. (Prior y Bond 2004, Tanner 2004)

En segunda instancia, se analiza la dimensión de conocimiento que representa la aplicación de la información y habilidades para adaptarse a un estado de enfermedad crónica, en este caso la diabetes; sin embargo, en esta se identifican acciones poco beneficiosas para su proceso de automanejo, así como, conocimientos basados en mitos sobre la enfermedad.

En un tercer momento, se visualizan las experiencias de las mujeres respecto a la adhesión a un plan, en el cual se hacen presentes los factores culturales no tomados en cuenta para lograr este objetivo, principalmente en el tema de los cuidados.

De igual forma, se destaca la participación de las mujeres en la toma de decisiones a partir de los significados y experiencias respecto a la enfermedad, lo cual, determina sus acciones de automanejo. Esta la dimensión de toma de decisiones informada, se reflejan las estrategias de automanejo que las mujeres implementan en su cotidianidad, y reúne la aplicación de todas las dimensiones anteriores.

Características de los servicios de salud: realidades en el acceso a la salud para atender la diabetes en mujeres mayas

Los resultados de este estudio en el tema del acceso a los servicios de salud, considerada como una de las fuentes de recursos para las mujeres mayas, con padecimiento de diabetes, señalan diversas características en torno a los siguientes conceptos: accesibilidad, calidad y disponibilidad, las cuales influyen y determinan las estrategias de automanejo que las mujeres implementan. A continuación, se mencionan algunos conceptos que permiten caracterizar los servicios de salud que reciben las mujeres mayas con diabetes del presente estudio:

Accesibilidad

El término accesibilidad no solo debe considerarse como la afiliación a algún sistema de salud, sino también otros aspectos que se encuentran inmersos relacionados con la atención hospitalaria, que van desde la infraestructura, capacitación del personal, abastecimiento de medicamentos, y otros elementos que lejos de analizarse desde la perspectiva cuantitativa, se deben retomar desde lo cualitativo con el fin de conocer el impacto que tienen en la vida de las personas, en este caso de las mujeres mayas con diagnóstico de diabetes mellitus.

En este sentido, entre las barreras del acceso a la salud más importantes en la población indígena es posible encontrarse las geográficas, económicas y culturales (Cevallos y Amores, 2009), los cuales reducen la obtención de recursos y herramientas para el automanejo de la enfermedad y que suelen ser mencionados desde la teoría, pero que pueden ser comparados en la realidad en los contextos de las mujeres mayas. Las mujeres mayas entrevistadas mencionaron que una de las principales barreras para el automanejo y cuidado de su enfermedad es la geográfica, esto debido a la distancia entre los hospitales y centros de salud de Sotuta, toda vez que para recibir atención de un especialista se tiene que viajar a la ciudad de Mérida, con una duración en el viaje de 1 hora y 35 minutos; con esto se visualiza la inversión temporal y económica que estas mujeres deben efectuar para su tratamiento en un servicio de segundo o tercer nivel de atención.

No obstante, la accesibilidad también se vincula en los traslados de las comisarías de Sotuta hasta el centro de salud, el cual en la mayoría de las veces se encuentra en la cabecera municipal, o cuando las mujeres mayas se tienen que trasladar a otros municipios por la falta de equipamiento médico, una vez que son canalizadas. Lo anterior fue mencionado por las mujeres participantes dentro de las entrevistas, en donde también es reflejado parte del contexto de contingencia por Covid-19:

...pues iba hasta el O'Horán, pero creo que tiene un año que fui, desde cuándo empezó la enfermedad, dijeron que no hay consultas, y

gracias a Dios ya solo voy aquí en el centro de salud (m.g.f., Comunicación personal, 12, junio, 2020)³³.

La entrevistada, señala que el hecho de no tener que viajar a la ciudad de Mérida representa un aspecto positivo para ella, ya que no refleja gastos; sin embargo, recibir nada más atención en el Centro de Salud de Sotuta no siempre representa que reciba los recursos necesarios, así como su seguimiento oportuno. En otra entrevista, se refiere a experiencias similares al tener que trasladarse de un espacio a otro para recibir la atención médica requerida, lo cual trae consigo diversas gestiones y gastos económicos en torno a estos movimientos, por lo que, sus redes de apoyo son elementos importantes en este proceso para acceder al derecho a la salud:

Pues eso [para recibir atención médica] tienes que salir del pueblo, tienes que salir a Yaxcabá [otro municipio] acá no hay atención, acá no hay. si no tienes que buscar un vehículo para fletar para poder salir, ahora que con esto que sucede, peor está, no puedes decir voy a salir pedir “*ride*”; de antes muchos maestros te hacen el favor de sacarte del pueblo, pero ahorita no hay (E.11, Comunicación personal, 18, marzo, 2020).

Se observa la necesidad de cubrir las necesidades existentes para la mejora de salud en el tratamiento de diabetes, por tanto, recurrir al apoyo social se vuelve vital para permitir el acceso a su derecho a la salud, por ello el aspecto cultural cobra importancia como un elemento en donde se podrán compartir a partir de las interacciones, elementos para el automanejo de la enfermedad, tal como señala Giménez (2005). Sobre esta misma idea, el aspecto económico se ve inmerso dentro del panorama geográfico para la atención de salud. Otra situación compleja es al momento de realizarse estudios especializados, esto sin contar la generación de costos por traslado, movilización, alimentación, alojamiento (en algunos casos), gastos de la persona acompañante, pérdidas de días laborales y medicamentos; gastos que finalmente afectan en la economía familiar. Retomando a Ocampo (2017), se consideran barreras económicas como “Aquellas barreras referentes a los recursos económicos con los que cuentan los pacientes, así como la

³ Símbolo (mgf) que significa m=mujer, g=grupo y f=focal

ocupación, gastos para la atención y apoyo económico con los que cuenta, entre otros”. (p.32)

Desde la postura de la cultura, se identifica que las mujeres mayas a pesar de que visualizan a las instituciones de salud como una institución importante para el manejo de la enfermedad no siempre la utilizan para satisfacer sus necesidades como señala Malinowski (1984); o bien, no siempre son capaces de satisfacerlas en su totalidad. Entonces, las instituciones de salud no están totalmente a su alcance, buscan otros medios de solución con base en los recursos existentes en su contexto, que por lo regular son la familia, la comunidad y otras instituciones, las cuales se identificaron en los resultados y que se mencionarán a lo largo de este capítulo. Ante ello, una de las mujeres entrevistadas refiere lo siguiente:

Hace como cuatro meses que no tenemos doctor, así que, no hay medicamentos en el Centro de Salud y lo tenemos que comprar y ahorita pues ya no se nos respeta el Seguro Popular, ahorita con la credencial de elector; si no llevas la credencial de elector no te dan medicamentos y ya subió en precio del medicamento, antes nos cobraban \$30.00 pesos ahora nos cobran \$50.00 pesos (E.13, Comunicación personal, 18, marzo, 2020).

A su vez, se identifican otras anécdotas en correspondencia a las redes de apoyo que se pueden llegar a generar entre las mujeres mayas con este padecimiento, en función de satisfacer sus necesidades de salud:

Lo que hacíamos es que las pastillas que me daban a mí, yo se las pasaba [a su familiar] cuando no había en el Centro de Salud por que están caritas, pero ahorita que ya no lo tomo, no hay y le digo que lo compre y está carito pero que a ella le conviene y a mí ya no me conviene, por eso como está carito pues se comparte (E. 2, Comunicación personal, 26, febrero, 2020).

Con relación a este relato, se puede evidenciar la manera en que las mujeres mayas a pesar de presenciar barreras económicas y tener consecuencias personales en el proceso de salud-enfermedad, son

capaces de ayudar a otras mujeres que pasan por el mismo proceso, esta acción es símbolo de solidaridad entre ellas; además, un punto importante es que estas personas pueden ser integrantes directos de su familia. Esto, según el interaccionismo simbólico hace referencia a la Naturaleza de la sociedad humana o de la vida de los grupos humanos y representan el modo en que el interaccionismo contempla el comportamiento y las sociedades humanas, en este caso, de las mujeres mayas en su experiencia de vivir con la enfermedad.

En esta línea, no solo se visualizan las afectaciones económicas para las mujeres y sus familias, sino también una de las deficiencias de las clínicas y centros de salud por falta de abastecimiento de medicamentos o medicamentos de calidad, ocasiona que las pacientes tengan que comprarlos para continuar con el tratamiento; o por el contrario, recurrir a alternativas como la medicina tradicional, que aluden no es seguro utilizar.

Esta situación en la comunidad es preocupante y pone en riesgo el automanejo adecuado de la enfermedad, considerando también, lo que menciona Peñarrieta et al. (2018) con relación a que las intervenciones de mayor impacto contra las enfermedades crónicas (como lo es la diabetes) son las que se llevan a cabo en la atención primaria. Bajo este argumento de la búsqueda de alternativas para atender la salud, las mujeres mayas, no solo han recurrido al uso de la medicina tradicional, sino que también se han visto en la necesidad de recurrir a servicios de salud privados, o en el mejor de los casos, han recibido atención por parte de algunas organizaciones de la sociedad civil, lo que apunta a la falta de acceso a servicios de calidad.

Voy con un doctor para gente diabética, aquí en especialidades, a veces porque casi novoy, mejor yo voy puro particular, porque allí a mí me tienen dando pastilla para el corazón y para la circulación, porque yo me puse mala por que se retentó mi pie (E. 12, Comunicación personal, 18, marzo, 2020).

Las entrevistadas refieren mayor adaptación al acudir a servicios de salud privados, dado que, el trato es uno de los elementos que resaltan al estar satisfechas en su atención médica; sin embargo, las

afectaciones que esta alternativa representa en su economía no les permite su accesibilidad en todo el proceso de la enfermedad:

Pero pues tarda uno, porque hasta la doctora, una doctora que me tocó también aquí en el pueblo, pues a mí me gustaba ir con ella porque no es como ese otro doctor, pero también como le digo, si no hay para la consulta porque en particular todo está caro (E.7., Comunicación personal, 4 de marzo de 2020).

Una de las estrategias que las mujeres mayas realizan es recurrir a los servicios de salud privados, siendo una representación del significado que se han creado respecto a las instituciones de salud públicas en donde refieren no sentirse a gusto, principalmente, con el trato proporcionado, lo cual repercute en la adherencia al tratamiento y, por su puesto, en las estrategias de automanejo respecto a la enfermedad. Es importante señalar que, las mujeres en pocas ocasiones mencionaron alguna observación respecto a la infraestructura del Centro de Salud, más bien, se centraron en los aspectos del trato del personal hacia ellos; es decir, para ellas tiene mayor significado o valor que se les proporcione un trato amable y se tomen en cuenta sus necesidades en la atención, lo que pocas veces sucede.

A partir de ello, como señala Giménez (2005) desde la mirada cultural las personas viven experiencias y a partir de ellas, crean su juicio de la vida y desarrollan sus creencias; para el caso de las mujeres el primer contacto con los servicios a través del personal de salud es sumamente importante, ya que, a partir de ahí establecen un significado sobre lo que será su proceso en las instituciones de salud. Incluso tal significado tiene mayor peso que la situación socioeconómica que enfrentan, debido a que algunas optan por un servicio privado, que asistir a servicios de salud públicos a pesar de ser gratuitos hasta cierto punto, ya que en muchos de los casos terminan por realizar gastos económicos para acceder a su derecho a la salud.

Por otro lado, los apoyos por parte de organismos no gubernamentales (ONGS) también tienen presencia en el ámbito comunitario, como una alternativa ante las dificultades que prevalecen

en el acceso a los servicios de salud, a pesar, de no conocer la procedencia exacta de estos servicios optan por este:

“...en el seguro me dijeron que a los dos años yo vuelva, pero esto me lo hicieron unos gringos lo hicieron; unas diez personas del centro de salud que nos inscribimos y nos llevaron para atendernos” (E.6., Comunicación personal, 4 de marzo de 2020).

Retomando las palabras de Gómez et al. (2011), quienes señalan que las comunidades y personas en situación de pobreza, también recurren a los servicios de salud del sector privado o servicios ambulatorios de carácter social, se recupera lo siguiente:

Desde que me detectaron lo de la diabetes empecé a ir con un doctor particular en Mérida, pero el doctor particular me dijo que si tienes centro de salud en el pueblo allí te lo pueden controlar sin que gastes tanto, siempre y cuando tú te cuides también, dice, porque el azúcar así es, si no te controlas te va a dañar. Si nos daña, pero con el control podemos controlar un poquito más la enfermedad, pero sin control, dice, no; entonces yo iba hasta dos o tres veces, pero él cuando me mandaba a hacer el laboratorio yo tenía que pagar hasta \$1000 y algo, por eso, es mucho para nosotros (E.1., Comunicación personal, 26, febrero, 2020).

La vulnerabilidad acumulada en las mujeres mayas, no son tomadas en cuenta en los servicios de salud que las atiendan con dignidad y en apego a su cultura, lo cual abre una brecha en el automanejo de la enfermedad que pudiera resumirse en una lista de requerimientos dados por la teoría médica, que no pueden ser aterrizados de manera efectiva sino se considera la cosmovisión maya de las usuarias de estos servicios:

Aunque yo no quisiera comer cosas sancochadas, ni modo, las cómo, pero como le digo como las cosas cuando hay, cuando se puede. A veces un doctor te habla, te dice, pero no sabe cómo vivimos, hay veces no hay dinero, yo nunca he pedido ayuda a nadie (E.13., Comunicación personal, 18 de marzo de 2020).

El tratamiento y la dieta de las mujeres mayas con diabetes, sin duda depende de los recursos que ellas y sus familias tengan, para el caso de las mujeres de Sotuta, lo que prevalece, son los recursos y los medios

de las actividades del campo, como la agricultura de autoconsumo, no hay un empleo formal que le dé seguridad social, sino que dependen de la asistencia social:

Pues aquí le digo que yo tengo que vender, porque mi esposo no tiene trabajo, no tiene quincena, no tiene pensión nada, de lo poquito que buscamos es lo que comemos. Él tiene su terreno siembra maíz, primero Dios este diciembre ya va a dar. También él es diabético (E.12., Comunicación personal, 18 de marzo de 2020).

De igual modo, las entrevistadas refirieron que la seguridad alimentaria sugerida normalmente viene de los recursos económicos proporcionada por sus hijas e hijos, quienes se encuentran viviendo fuera de la comunidad, regularmente en la ciudad de Mérida, por lo que, cuentan con un trabajo estable o por lo menos mejor pagado que les permite suministrar un apoyo económico o material a sus padres, es decir, se les hace llegar despensas o productos que aportan a su dieta y que no son fáciles de adquirir en la comunidad. En este sentido, el plan de tratamiento y alimentación debe ser lo más individualizado posible según la gravedad de la enfermedad, su edad, sexo, costumbres alimentarias y, por supuesto, su nivel socioeconómico.

Accesibilidad y calidad

Hasta el momento únicamente se han abordado factores que influyen en la accesibilidad, sin embargo, son más los elementos que determinan la calidad de los servicios. La OPS (2014) señala como derecho “el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso” (s/p), pero eso no basta para asegurar que la atención sea eficiente, se requiere del cumplimiento de otras características como: la atención sin discriminación, que la atención sea integral y oportuna, que no se encuentre segmentado por encontrarse en la zona urbana o rural.

Es importante señalar que, los profesionales de la salud son parte importante de la comunicación que puede existir entre los servicios y las personas usuarias, en este caso las mujeres mayas refieren que el trato digno y la comunicación asertiva entre estos actores son

primordiales para que ellas puedan percibir que los servicios de salud son de calidad. Esto se fundamenta en lo que menciona Ritzer (1997) de acuerdo con la teoría de que los gestos distinguen a los humanos y son significantes de reflexión por parte del actor que produzca la reacción.

Porque el doctor habla muy... cómo le diré (E3 Comunicación personal, 29 de febrero de 2020).), él dice: *te voy a empezar a tratar, pero oye lo que voy a decir, te gustaría-porque allá arriba tengo pacientes que no tienen un brazo, no tienen un pie, no tienen un dedo, te gustaría a ti que te pasará eso*, y en vez de que uno sienta algo, no sé, una palabra de otra persona se siente bien, pero ese señor con la desesperación que tenía yo y me dice eso, pues no doctor, *pues entonces obedece lo que te estoy diciendo*. El me habló de una forma- o sea yo lo tome de la forma de un regaño-; lo que él me dijo es verdad (E3, Comunicación personal, 29 de febrero de 2020) pero me sentí mal (E. 13, Comunicación personal, 18 de marzo de 2020).).

La calidad incluye también proporcionar información sobre lo que acontece, su enfermedad y todas sus implicaciones en un lenguaje acorde, entendible y, en el caso de las personas maya hablantes, que sea en su lengua materna. En el listado de la carta de derechos del paciente, se encuentra el derecho a estar informado, para respetar la dignidad humana, “la persona enferma ha de ser considerado, por encima de todo, una persona con derechos, uno de los cuales es el derecho a recibir información adecuada sobre la propia enfermedad y el tratamiento a seguir” (Vall-Casas y Rodríguez, 2008, p. 42).

Complejizando esta situación, las mujeres aludieron que a pesar de ser bilingües deciden solo expresarse en español, debido a que, el personal médico no habla maya, aunque expresaron que se sentirían mejor si fueran tratadas en lengua maya, puesto que, percibirían más de cerca el trato del personal de salud y sentirían mayor confianza.

Disponibilidad en la atención de la salud

En cuanto a la disponibilidad de los servicios de salud, desde la perspectiva de las mujeres, se identificaron áreas de oportunidad en los Centros de Salud de Sotuta, principalmente en el abastecimiento de medicamentos y capacitación del personal de salud, puesto que en ocasiones se han presentado situaciones en las que no se cuenta con el medicamento, o bien, no se encuentra el personal disponible para atender a las y los pacientes. También manifiestan que faltan especialistas, porque solo cuentan con médicos pasantes, ya que este tipo de personal médico más capacitado puede supervisar y dar seguimiento a las enfermedades de las personas usuarias:

Pues la verdad, desde que me tocó padecer esto los doctores que han pasado verdaderamente son pasantes, y aunque no me traten mal pediría que haya más especialidades, pero pues desgraciadamente en estos pueblitos no llegan (E.11., Comunicación personal, 18 de marzo de 2020).

Nada, pues voy así al hospital y pues me dan mis pastillas y las compro si no hay, sí a veces no hay y nos dicen que las compre y las compro ... (E.5., Comunicación personal, 3 de marzo de 2020).

A partir de estos comentarios y afirmaciones de las mujeres entrevistadas se puede inferir que no existe una adecuada orientación respecto al consumo de medicamentos de la medicina moderna, así como, la dificultad para conseguirla, ya que no siempre se cuenta con ella o no se tiene un lugar seguro donde les hagan un adecuado abastecimiento. También, ante el reciente cambio del Seguro Popular por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), refieren que han disminuido los servicios gratuitos que necesitan para el control de la enfermedad, por tanto, ahora se requiere invertir en esos servicios, lo que repercute en su economía.

De acuerdo con las premisas del interaccionismo simbólico los significados de las situaciones o cosas derivan de la interacción que la persona tiene con otros seres humanos (Álvarez-Gayou, 2003) en este caso, las mujeres aplican un significado al funcionamiento de los servicios de salud con base en la experiencia de su relación como

persona usuaria y el personal de salud, lo cual, determina el esfuerzo y compromiso que ponen en práctica en su proceso de automanejo. Es así, que los recursos de apoyo y orientación de los profesionales hacia las mujeres tiene una relevancia significativa sobre otros tipos de recursos, siendo estos, quienes son el principal soporte para enfrentar la enfermedad.

En este sentido un ejemplo del papel importante del personal de salud son la existenciade los Grupos de Atención Mutua (GAM), como una fortaleza de la aplicación de política desalud en la comunidad de Sotuta. Estos grupos están integrados por mujeres mayas que coinciden en el padecimiento de la diabetes, se comparten experiencias, dándose de esta manera un valioso apoyo emocional entre ellas, lo que las ayuda a sobre llevar la enfermedad de una forma estable y tranquila, así como adaptarse a sus nuevos estilos de vida. De igual manera esta condición de grupo aumenta la seguridad en cada una de ellas.

Son diversos los elementos que las mujeres requieren para un adecuado automanejo de la enfermedad, entre ellos el factor económico el cual algunas veces acuden a solicitar al Palacio Municipal de Sotuta, y siguiendo las ideas de (Da Silva, et al. 2008) las redes están constituidas por vínculos que establecen las personas con su contexto, son distintas en tamaño y composición pero finalmente abonan a la satisfacción de necesidades, tiene efectos positivos y ayuda a mejor control de la vida de las personas. Pese a ello, al hablar de apoyo económico las entrevistadas refieren no estar del todo satisfechas y en algunos casos estas redes de apoyo parecen no identificarse.

A mí me dijo la comisaria que me van a ayudar, pero yo no sé con cuánto, ellos se fueron a hablar con (menciona un partido político) y metieron mis papeles para que me ayuden, pero bueno. Lo bueno es que la doctora me apoya y me dijo que me va a realizar ese procedimiento, que no me preocupe, y estamos buscando como hacerle (E.13., Comunicación personal, 18 de marzo de 2020).

La atención médica de las mujeres mayas con padecimiento de diabetes debería estar a cargo de un equipo especializado e interdisciplinario, que le permita información y seguimiento oportuno a la enfermedad,

que considere el diagnóstico adecuado y tratamiento a seguir; no obstante, los comentarios anteriores niegan tal realidad a pesar de la existencia de una estrategia rectora sanitaria para la prevención y el control de la diabetes que debería garantizarse a través de los Grupos de Atención Mutua.

Desde esta perspectiva, las mujeres no cuentan con un apoyo formal al automanejo ni con actividades en que los proveedores de salud fomenten el automanejo, es así, como, no se visualiza una evaluación individualizada, ni establecimiento de objetivos, más bien se centra en seguimientos reducidos a chequeos en la consulta médica. Incluso, a fin de tener datos respecto a cómo acuden las mujeres mayas a solicitar apoyo para su atención, se tuvo contacto durante el trabajo de campo con un médico del módulo médico de la comunidad de Sotuta, los cuales afirmaron que no existen registro de mujeres que asistan regularmente a su control de la diabetes, según dijeron: *solo van cuando se sienten mal, se les da tratamiento y no regresan.*

Capítulo III

Estrategias que Desarrollan las Mujeres Mayas en las Dimensiones del Automanejo de la Diabetes



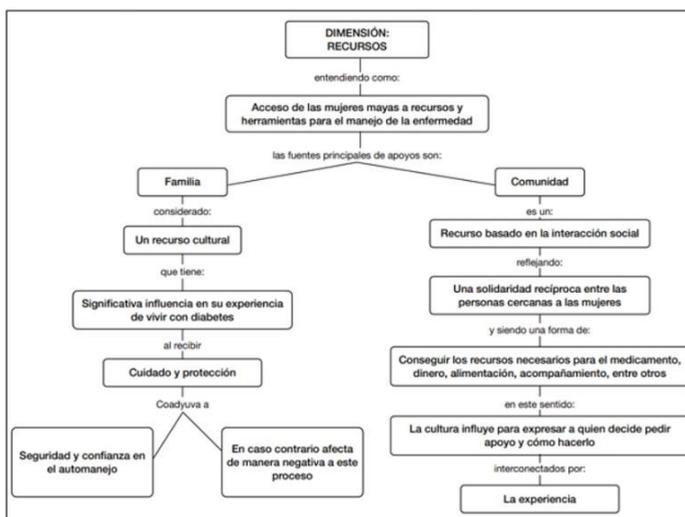
Capítulo III

Estrategias que Desarrollan las Mujeres Mayas en las Dimensiones del Automanejo de la Diabetes

“Aprendí aprobar mi orina y cuando esta ch’u’ujuk (dulce) esta alta, así también aprendí a bajarla para sanar”. Juanita Poot

En este apartado y para trabajar las estrategias de automanejo implementadas por las mujeres mayas con diabetes, se siguió la propuesta de Lorig y Holman (2003) quienes mencionan las siguientes dimensiones: recursos, conocimiento, adhesión al plan, participación y toma de decisiones, y en cada una de ellas se identifican los recursos personales, familiares y comunitarios, evidenciando las influencias culturales y simbólicas en la selección y desarrollo de sus estrategias para manejar la enfermedad.

Figura 1
Dimensión de automanejo: recursos.



Fuente: Elaboración propia 2022, con base a los resultados del estudio.

Recursos con los que se cuentan para atender la diabetes

Una de las principales dimensiones para entender la construcción del automanejo y el acceso de las mujeres mayas a herramientas para el automanejo de la diabetes, son los recursos, siendo esta la primera dimensión del automanejo y refiriéndose al acceso a los diferentes medios, ya sean, físicos, ambientales, socioeconómicos disponibles para las personas con padecimiento de alguna enfermedad crónica, que son elementales para el éxito en el automanejo de esta. Asimismo, en este apartado se presentan dos instituciones sociales que, son fuentes de recurso para las mujeres que padecen diabetes en la comunidad de Sotuta.

Elementos personales y familiares como recursos culturales para la implementación de estrategias de automanejo

Otra fuente de recursos a la que tienen acceso las mujeres de este estudio es el apoyo familiar, siendo este el grupo primario en el que se relaciona el ser humano y además, considerado como núcleo de una sociedad es de las principales fuentes de apoyo en el proceso de una enfermedad; principalmente, cuando se trata de una enfermedad crónico-degenerativa, en referencia a que la calidad de vida de las personas que la padecen dependerá del automanejo que se implemente, por tanto, es esencial el apoyo familiar que puedan recibir durante este proceso:

Mi hijo cuando viene me trae mi fruta mi verdura, me dice aliméntese (E.1., Comunicación personal, 26 de febrero de 2020).

Pues ellos así me cuidan, te digo, hasta de la comida, de tomar, no te dan mucho así todas mis hijas así ya saben, siempre me dice que debo cuidarme, por ejemplo, no que no me dé disgustos (x), me cuida, me cuida” (E.4., Comunicación personal, 3 de marzo de 2020).

Estos testimonios dan cuenta de la importancia de las redes de apoyo social y familiar de las mujeres mayas, ya que al parecer el tipo de relaciones que establecen con su familia y personas de su entorno, tienen una significativa influencia en su experiencia de vivir con diabetes, dándole un simbolismo positivo a su forma de auto manejarse

con la enfermedad.

Por otro lado, estos fragmentos retomados de las entrevistas, a las mujeres le dejan claro el cuidado y la protección que ellas reciben de los integrantes de su familia, principalmente, lo que se traduce en seguridad y confianza para ellas en la experiencia de vivir con diabetes: “Me cuidan mucho, me cuidan como un nené (bebé)” (E. 10., Comunicación personal, 11 de marzo de 2020), y en algunos casos, las personas sienten regresar a la etapa de la niñez, ya que, asocian el automanejo al grado de cuidados que su familia le puede otorgar.

Apoyo activo de la comunidad como recurso para el desarrollo de estrategias de automanejo en la diabetes

Hablar de la comunidad es aceptar que se le puede tomar en cuenta como un recurso muy importante al que acceden las mujeres mayas con diabetes ya que, en la interacción social de las personas, lo comunitario se ve influenciando a la personalidad y los rasgos individuales también reflejan las características de la comunidad a la que se pertenece y que a su vez refleja la solidaridad recíproca entre las personas, en ese sentido, la siguiente entrevistada comenta:

A veces voy a pedir apoyo a la presidencia y me dice la presidenta: “a ver con cuanto te puedo ayudar”, me dice, a veces lo . . . da a veces te dice que no hay, hace como tres veces ya fui a pedirlo, la última vez, la muchacha que vende ahí enfrente, ella me dio cien pesos” (E.2., Comunicación personal, 26 de marzo de 2020).

Las mujeres mayas con padecimiento de diabetes, construyen redes de apoyo tanto a nivel de instituciones sociales, de comunidad, así como familiar que les permita un mejor automanejo de la diabetes, y conseguir los recursos necesarios para el medicamento, dinero, alimentación, acompañamiento, entre otros. Es importante mencionar que la cultura influye para expresar a quién deciden pedir apoyo y cómo hacerlo, con quién hablar de su padecimiento y el modo de hacerlo.

A veces unas de mis vecinas que viven acá cerca de la esquina, a veces le hablo le digo: vente acá y esto y esto me pasa –también, a veces viene

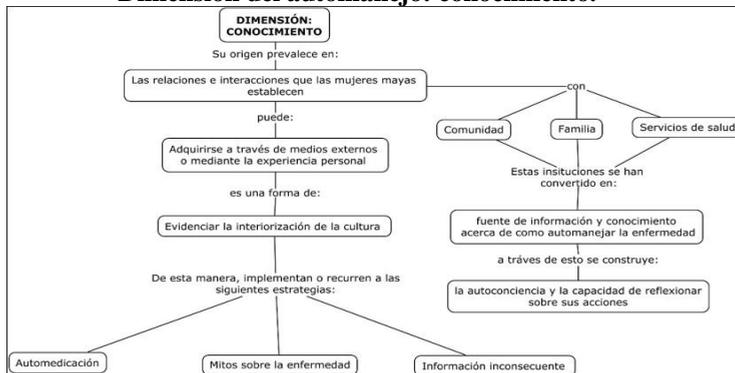
y me dice “¿qué te pasó?”-y me empieza a platicar y todo así- me dice “ya comiste” no, tengo el dinero, pero no puedo ir a comprar por mis pies (E.1., Comunicación personal, 26 de febrero de 2020).

Las redes de apoyo que establecen están interconectadas por la experiencia que viven en su padecimiento crónico degenerativo, ya que esto último es un motivo importante para que los recursos, principalmente de tipo moral, fluyan para las personas de su alrededor; es simbólico que la mujer maya tenga una enfermedad de ese tipo para acudir a la atención de sus distintas necesidades que son tanto expresadas por ellas, como percibidas por quienes le otorgan el apoyo como pueden ser vecinas, amigas, familia, personas conocidas en establecimientos de la comunidad o las mismas autoridades municipales aunque de manera ocasional.

Conocimiento: como el resultado de las interacciones sociales de las mujeres mayas

La segunda dimensión identificada en las mujeres mayas es el conocimiento, siendo este elemento la aplicación de información y la capacidad de desarrollar las habilidades para adaptarse a los cambios físicos, familiares y sociales por mencionar algunos de los ámbitos. Cabe señalar que, este conocimiento puede adquirirse a través de medios externos o mediante la experiencia personal (Paterson y Thorne 2000, Cameron et al. 2010).

Figura 2
Dimensión del automanejo: conocimiento.



Fuente: Elaboración propia (2021) con base en los resultados del estudio.

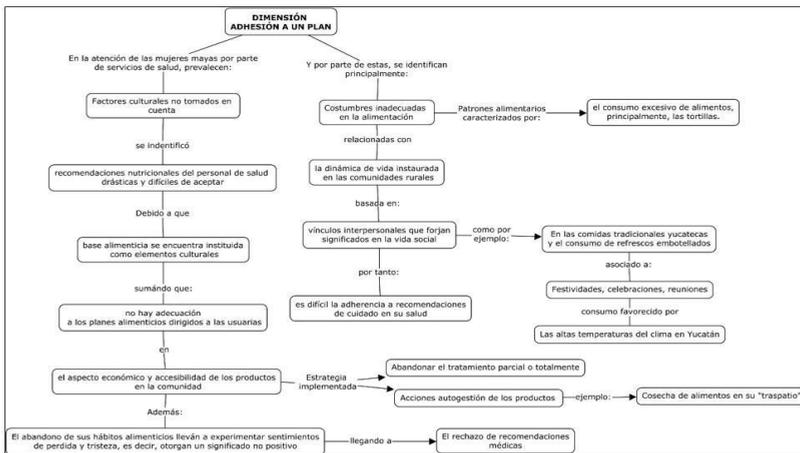
En el caso de las mujeres mayas la dimensión de conocimiento prevalece en el origen de sus interacciones sociales y es una forma de evidenciar la interiorización de la cultura (Giménez, 2005), dado que, la cultura existente y en funcionamiento es la que pasa por las experiencias sociales y la vida de los actores en interacción.

Adhesión a un plan: retos culturales de los servicios de salud y mujeres mayas

Desde la postura cultural, las prácticas de las mujeres mayas se concentran por lo general en relación con nudos institucionales como son en este caso los sistemas de salud, siendo un actor cultural que administra y organiza los sentidos, en palabras de Giménez (2005).

Esta institución centralizada en los órganos de gobierno no busca la uniformidad cultural sino la organización de diferencias, prevaleciendo la marginalización y exclusión de determinadas manifestaciones culturales. En la siguiente dimensión, se presentan diversas prácticas sociales implementadas por las mujeres mayas en su proceso de automanejo que representan retos para la adhesión al tratamiento de la enfermedad, así como, los desafíos existentes en el sistema de salud al prevalecer su cosmovisión maya.

Figura 3. Dimensión del automanejo: adhesión a un plan



Fuente: Elaboración propia (2021) con base en los resultados del estudio.

En el marco de esta cosmovisión, son múltiples las actividades desde la perspectiva hegemónica de salud para el cuidado de una persona que padece diabetes mellitus, las cuales, al ser en su mayoría dirigidas a poblaciones urbanas, no logran incluirse dentro de la cultura de las mujeres mayas.

En este sentido, ellas consideran que varias de las recomendaciones nutricionales del personal de salud tienen la característica de ser drásticas y difíciles de aceptar, ya que su base alimenticia se encuentra instituida como elementos culturales; la dieta se vuelve un pilar fundamental en la cultura, tal como mencionan Campo y Potrillo (2013), y es compartida por todos los miembros del hogar al tener un sentido de identidad. Lo anterior suele ser ignorado por la parte médica en la atención a las mujeres de la comunidad, y se ve plasmado en opiniones de usuarias como la siguiente:

Nos obligan a bajar de peso y si tú vas y te dicen “pasa con el nutriólogo” pasas y lo que te dice “es que no vas a comer pasta, fideos, avena” y qué vamos a comer entonces puro pan integral, pan tostado, la tortilla solo te vas a comer dos, no vas a comer tostada, no vas a comer todas esas cosas que tienen calorías. Entonces le digo ah sí, y de que vamos a vivir (G.F., Comunicación personal, 12 de junio de 2020).

En el discurso de la entrevistada se observa que los profesionales en salud no cuentan con ninguna adecuación a los planes alimenticios dirigidos a las usuarias, lo que también les afecta en la obtención de los alimentos por el costo y accesibilidad. Por otro lado, el abandono de estilos alimentarios representa un proceso de pérdida al tener que cambiar total o parcialmente su dieta de manera estricta, lo que a su vez contribuye al rechazo de las recomendaciones médicas, complicando con ello su estado de salud:

A nosotras nos duele dejar de comer las cosas porque estamos acostumbradas, pero si el doctor nos dice que es por nuestro bien lo tenemos que hacer, dice “no lo dejen por completo, si van a comer un plato de potaje coman medio plato de potaje” y le digo, si yo doctora, cuando hago mi puchero todo le pongo, está muy bueno y me dice “está bueno, pero te estas dañando no te estas ayudando”

(E.1., Comunicación personal, 26 de febrero de 2020).

Es relevante identificar que el sentimiento de dolor está presente en el dejar de comer lo que les gusta y lo que identifican como bueno, porque así se ha establecido desde siempre en la cultura familiar y de la comunidad. Perder la satisfacción de comer lo que disfrutaban también tiene una carga emocional y simbólica que debe ser tomada en cuenta al momento de crear planes, tratamiento y estrategias por parte de los servicios de salud, lo cual debería hacerse acorde a la tradición y cultura de los pacientes, hacerlo desde una perspectiva didáctica, teniendo en cuenta los recursos económicos y con los que cuenta la comunidad (Adams, 2003 citado en Campo y Portillo, 2013).

De esta forma, podría darse un automanejo de la enfermedad desde un cambio menos drástico y más apegado al significado cultural. No obstante, este proceso es difícil por la influencia de otras culturas no pertenecientes a la comunidad, y a la creciente globalización que permea en la población de mujeres mayas y sus familias gracias a la masificación de los medios, y las empresas de comida y alimentos pocos nutricionales que también adquieren un estatus social al ser comprados; uno de ellos es el refresco embotellado y su vínculo en los convivios familiares y eventos sociales, que al ser consumidos pone en riesgo su salud:

Una vez me llegó el azúcar a doscientos, porque, ese día comí pastel y así los días de los festivos que toma uno así, pos coca, ja sí, y esta vez que fui estaba a ciento cincuenta, pero gracias a Dios no se me sube más porque como, a mi hermanita que le digo, a ella dice que le da hasta de quinientos (E.3., Comunicación personal, 29 de febrero de 2020).

Así cuando tomo mi refresco cuando voy con mi tía... cuando vamos a almorzar con mi primo me da un vaso de refresco, pero le mete mucho hielo y dice haita né con mucho hielo lo vas a tomar si no le exprime medio limón (3) que porque es ... (E.2., Comunicación personal, 26 de febrero de 2020).

En este sentido, el consumo de refrescos embotellados representa un factor cultural asociado a significados de convivencia interpersonal en

contextos familiares y de amistad, denotando alegría y muestra de gratitud. Otro punto relevante encontrado en la presente investigación fue la perspectiva de las mujeres mayas sobre la presencia de dicha enfermedad en Sotuta y su etiología con la aparición y mayor consumo de alimentos procesados, adoptando las costumbres de alimentación de las zonas urbanas:

...pues yo digo que es la falta de la alimentación porque a veces tienes centavos, pero no tienes donde comprar, porque hasta ahora acá muchos venden pollo, pero más que la verdad ese pollo comprado no le entro, no sé por qué (E.11. Comunicación personal, 18 de marzo de 2020).

Asimismo, se destaca la importancia de tener una mirada social que pueda considerar la accesibilidad de las mujeres en la adquisición de productos que no son cosechados en la comunidad y que representan un egreso relevante en la economía familiar, lo cual, hace que no siempre se priorice tener una dieta adecuada para el automanejo de la enfermedad, situación que es poco visible para los profesionales de la salud:

Pero mire, yo siempre digo y el doctor siempre dice: “no, no, eso es como un chantaje que usted hace, yo hablo la realidad”. En una semana, sí, sí, puedo comer verduras eeehh... frutas, pero la otra semana ¿de dónde lo voy a agarrar?, yo tengo que comer lo que ellos comen (refiriéndose a su familia) y aquella vez se lo dije, me dijo que no, “noes así”. Le dije mire yo vivo en un pueblo que aquí no venden eso (E.13, Comunicación personal, 18 de marzo de 2020).

No obstante, de lo difícil que resulta para algunas de ellas vivir con diabetes, en su mayoría suelen apegarse a lo establecido por la medicina moderna como otra forma de auto manejar la enfermedad, haciendo uso de apoyos económicos obtenidos de programas gubernamentales (y también de su familia) y fármacos, los cuales son otorgados por instituciones de salud pública, principalmente para asegurar que cuenten con insulina y el medidor que les permite conocer sus niveles de azúcar en la sangre.

Participación: significados y experiencias determinantes de las mujeres mayas para percibir la enfermedad y actuar ante ella

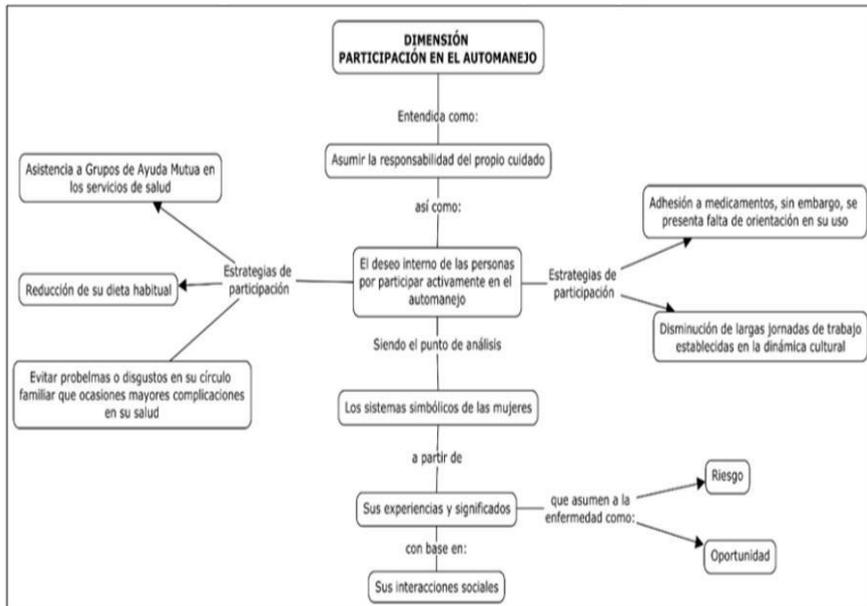
Los significados respecto a la diabetes tienen influencia directa de las interacciones del entorno, por lo tanto, en esta investigación se consideró cómo viven e interactúan en el contexto maya como mujeres. Si bien, el autocuidado de las mujeres mayas tiene una repercusión directa en el organismo, es una realidad que el contexto social, determina en gran medida su salud en general; por lo tanto, en el tema de autocuidado se consideraron en gran medida las acciones sociales que las mujeres desarrollan en la cotidianidad para cuidarse, participando de diversas formas en la búsqueda de beneficiar su salud. Respecto a las estrategias de automanejo de participación se encuentran principalmente las siguientes:

- Participar de forma constante el Grupo de Autoayuda Mutua (GAM).
- Reduciendo la ingesta de grasas, uno de los comentarios más repetidos es el consumo de tortillas el cual tienden a disminuir para no subir de peso.
- Disminuir las largas jornadas de trabajo, dejando de realizar actividades que signifiquen riesgo para su salud, evitan posibles caídas, heridas y golpes.
- Control en la automedicación sin información adecuada.
- Evitar problemas, disgustos y sustos; buscar calma para mantener su salud.

La participación de las mujeres se ve reflejada en la mayoría de ellas de una manera decidida, aunque diversa pues depende de la manera como cada una decida su participación, hay quienes deciden evadir o no aceptar tener el padecimiento a pesar de haber sido diagnosticadas. A continuación, se presentan los significados y experiencias de las mujeres respecto a la diabetes lo cual determina su forma de participación en el proceso de automanejo, entendiendo la participación como el deseo interno de las mujeres mayas de ser participantes activas y poner en práctica sus significados, pero también su capacidad de interpretación para vivir con la enfermedad, cuidando positivamente su

salud.

Figura 4
Dimensión de Automanejo: Participación



Fuente: Elaboración propia, con base a los resultados (2021).

Los significados que las mujeres le otorgan a la enfermedad dependen de diversas aristas culturales y simbólicas, es decir, de los patrones culturales que han aprendido y de las experiencias que enmarcan su vida y la de las personas de su entorno. De esta manera, los significados asignados a partir de vivencias específicas han instaurado perspectivas en relación a la enfermedad. Al respecto, López y Ávalos (2013) mencionan que:

La significación de lo social se ha convertido en piedra angular sobre la interpretación causal de las enfermedades, dado que, la salud y la enfermedad son parte de fenómenos que traducen las formas concretas de vida de cada persona y dependen de los resultados que sobre ellos ejerce un conjunto integral de complejos factores biológicos, naturales y sociales. (p.335)

A continuación, se enlistan una serie de testimonios que dan cuenta del significado atribuido a partir de enterarse de su diagnóstico, el cual es relacionado con experiencias de otras que padecen o padecieron la enfermedad, lo cual genera distintas emociones e influye en las maneras de afrontar la enfermedad:

Yo cuando viví la experiencia con mi mamá cuando a ella se le presentó la diabetes mimamá lo tomó muy en serio, le dolió mucho que se tiró ella en su hamaca lloraba, yo le decía, mamá es una enfermedad con la que tiene que aprender a vivir con ella, porqueno es una enfermedad que le va a matar si no es una enfermedad que le va a dar para largas (E.10., Comunicación personal, 11 de marzo de 2020).

Sí, me dolió bastante, lloré bastante cuando se me presentó la diabetes y mi papá murió de eso, a mi papá le quitaron sus dos pies y brazos, mi papá de eso murió de la diabetes. Ya tiene 20 años que se murió . . . yo quiero hacer mi vida como de antes, que yo no me sienta mal, porque cuando uno tiene una enfermedad desde que amanece uno lo está pensando y digo que cuando avanza el mal que tengo, un día va a llegar a avanzar y como vi que mi papá murió de eso, pienso que así me va a pasar y lo lloro (E.12., Comunicación personal, 18 de marzo de 2020).

De acuerdo con los comentarios de las mujeres, recibir la noticia de su diagnóstico revivió en ellas recuerdos de personas de su núcleo familiar que también vivieron con esta enfermedad crónica; sin embargo, al tratarse de anécdotas en las que tuvieron una participación como cuidadoras primarias, genera en ellas una transferencia de emociones, como es el miedo, tristeza o nostalgia, por tratarse de casos en los que sus familiares fallecieron a causa de esta enfermedad.

Por otro lado, se identifica el significado de la diabetes como un designio divino que se debe aceptar con resignación y fortaleza, ya que, a pesar de sus complicaciones comparansu situación con la de otras personas y resulta significarla en menor gravedad, incluso refierenno concebir a la diabetes como una enfermedad, si no como algo que toda persona puede presentar y que depende del cuidado que se tenga en su salud.

En esta reflexión, los factores culturales tienen cabida ya que, interpone las creencias de las mujeres respecto a un ser divino que puede accionar y designar sobre su vida a lo cual deben aceptar sus decisiones como un reto personal; es decir, la cultura permite cultivar ideas y visiones del mundo que definen el impacto que una situación tiene en las personas y las acciones que implementan para manejar su padecimiento:

No, no me afectó pues yo la diabetes lo tomé como cualquier cosa y no como una enfermedad que me va a matar, pues si ya me dio, digo gracias, Dios, pero yo reprendo mucho esa enfermedad porque no es para mí . . . yo no lo tomé mal, es algo nos debe de dar, lo traemos de por sí que no nos cuidamos es otra cosa. . . Me siento muy tranquila porque para mí eso no es una enfermedad (E.9., Comunicación personal, 11 de marzo de 2020).

A veces hasta mi hija me dice “¡ay mami usted es como si estuviera sola pero no lo piensa!”, le digo ¡ay hija, si yo me sentara a pensar nadie saldría adelante! . . . le digo, pero hasta ahorita le doy gracias a Dios que estoy bien, no estoy tan grave nada, pero allá ustedes si no se quieren cuidar porque le digo esto, ni a mi peor enemigo se lo pido porque se siente feo (E.2., Comunicación personal, 26 de febrero de 2020).

Para algunas de ellas otra forma de percibir la diabetes es que todo es psicológico, algunas de ellas aseveran que todo depende cómo perciba la enfermedad y el significado que tenga en sus vidas. De esta forma, aprender a vivir con diabetes, no sentir enojo y aceptarla les permite participar de forma tranquila con la enfermedad, eligiendo pausadamente lo que creen que es bueno para su salud y beneficiar al organismo:

Hoy vivo con el azúcar como si fuera mi “hermana”, “vivo con ella”, me acompaña sé cómo debo cuidarme porque quiero vivir para mis hijos, nietos, hoy cuido mi nietecita y no quiero dejar de atenderla. También cuido mi hija que está recién operada Y aunque tengo “Liconsá” me siento muy bien ando en bicicleta y me siento activa (E.8., Comunicación personal, 11 de marzo de 2020).

Son importantes los significados que las mujeres retoman para percibir la enfermedad en un principio, pero aún más, los que establecen al vivir con ella, llegándola a considerar como parte de ellas, como una “hermana” tal y como lo señaló la entrevistada anterior, de esta forma, viven y conviven con ella de manera pacífica, sintiendo sus efectos y repercusiones, pero tratándola de manera filial al tener conocimiento de cómo controlarla para poder continuar con su vida. Todo ello, lleva a retomar las interacciones sociales como el medio para percibir y determinar significados a su padecimiento, principalmente, para aceptarla o no.

En este caso, parte de esa aceptación permite que las mujeres busquen nuevas alternativas para participar en el tratamiento de la diabetes. Recientemente salen a hacer ejercicio físico en los parques, se les observa haciendo ejercicio portando el huipil y sin zapatos; esto también ante la actual pandemia del COVID-19, ya que mencionan estar informadas de ser una población de alto riesgo, lo que ha ocasionado que las mujeres participen activamente en la atención de su salud.

A pesar de que la actividad física no es una costumbre para las mujeres (por su rol en el ámbito privado) actualmente las mujeres entrevistadas mencionaron llevarla a cabo. Culturalmente una mujer que sale a la calle a caminar se considera que solo sale a perder el tiempo, se perciben con inseguridad al salir a hacer ejercicio, por ello, deciden salir acompañadas de otras mujeres, mencionaron que de este modo se sienten con mayor confianza para hacer la actividad.

En contraste con estos significados se identificó que otras de las mujeres mayas perciben la enfermedad como un asunto que puede ser controlado, de manera que, pueden tener una vida normal; no obstante, en algún momento esta tranquilidad se ve perturbada por alguna complicación en el padecimiento, el cual cambia su realidad y comienza a surgir temor por el futuro, ya que, se presentan amenazas:

Pues igual, me preocupó más, pero me dijeron que eso se controla, que no debo de pensar que eso me va a matar, sí algún día, pero no pronto. Con la diabetes, hay personas que duran hasta 30 40 años de

diabético y se superan, de uno que esté muy preocupado (E.11., Comunicación personal, 18 de marzo de 2020).

Pues antes no. . . me preocupaba, pero ahora sí, porque me dice el dentista que los diabéticos pierden los dientes, pues en eso me doy cuenta porque en mi demás cuerpono siento nada, no siento si me canso, ni que tengo sueño, pero no ahorita estoy preocupada creo que pienso mucho eso que me quitaron los dientes, ya no como bien como siempre, y yo me siento enferma (E.6., Comunicación personal, 4 de marzo de 2020).

Es importante considerar las presentaciones y significados que las personas construyen acerca de sus experiencias de vida con diabetes, lo cual es un aspecto medular para comprender la situación de cada persona e intervenir oportunamente en su automanejo. Además, como señala Ledón (2012) vivir con una enfermedad crónica implica convivir con significados estigmatizantes, que se asocian al fracaso, debilidad y limitaciones; este tipo de significados son la base para afrontar la enfermedad como un reto, una amenaza, una pérdida, beneficio, entre muchos otros.

En este sentido, en su experiencia de vivir con diabetes se percibe un duelo por actividades que dejaron de realizar por esa causa, como pueden ser tareas cotidianas que las ayudaban a sentirse activas o bien hábitos que no eran parte de una vida saludable, pero, ellas mismas que dan cuenta de los cambios que se les exigen como parte de su autocuidado para vivir, mejora su calidad de vida. A continuación, se presentan algunas de sus experiencias al respecto:

Entonces le digo así (refiriéndose al médico) y de que vamos a vivir porque realmente si dejas de comer esas cosas tú bajas de peso y lamentablemente cuando bajas de peso. . . bueno yo cuando bajo de peso me siento mal como que ya me siento inútil (E. 10., Comunicación personal, 11 de marzo de 2020).

Como me quitaron tanta medicina me dijeron que me puedo comer un pedazo de pastel un poco de pan dulce. Pero ¡yo tengo miedo!. Tengo miedo de comer tanto dulce y de todas esas cosas que me dicen porque si lo como y me mue...ro... (E.3., Comunicación personal, 29 de febrero de 2020).

Estas costumbres que van dejando a un lado como parte de su automanejo saludable de la enfermedad, representa la idea de renunciar a significados principalmente en la alimentación y en las actividades cotidianas; sin embargo, más que por convicción renuncian por el miedo que puede generar el apego a ellos, es decir, existe un miedo a morir. Como parte de ese duelo se generan otras emociones que lejos de aceptar la enfermedad, se centran en poner la responsabilidad en otras personas, como una forma de asignar un culpable de su condición de salud, como es el caso del enojo:

Porque hay veces de que algo me molesta o algo como quien dice hago mi coraje, pero después lo vuelvo a pensar y digo por qué me voy a calentar la cabeza con algo que no me está dando provecho, pues no, de lo contrario me enferma (¿haces algo para bajar esos sentimientos?) no, no solo de pensarlo, solo lo pienso solita, solo lo pienso, lo lamento solita y me vuelvo a controlar (E.11., Comunicación personal, 18 de marzo de 2020).

También, este enojo percibido se presenta como una forma de enfrentar las pérdidas físicas y emocionales en la vida de las mujeres con diabetes, como es el caso de esta entrevistada:

Yo tengo un carácter que cualquier cosa me molesta, estoy discutiendo, quiero cambiar, pero no puedo; pues . . . yo digo que es la enfermedad que tengo (llora) porque al saber que de antes yo veía bien (solloza) y ahorita ya perdí mi vista, yo veo nada más con la derecha. Hay veces me pongo a pensar no debo de molestarme, de decirle a mi familia, porque ellos no tienen la culpa, es una enfermedad, yo debería aceptar bien esto para que yo pueda (E.13., Comunicación personal, 18 de marzo de 2020).

A partir de los relatos, se analiza que las mujeres dan significados distintos a la enfermedad de acuerdo con las experiencias pasadas con respecto al padecimiento, ya sea de su familia o de alguna persona cercana; estos antecedentes le permiten tomar su situación como un desafío o simplemente aceptarlo sin generarle tanta preocupación. Sin embargo, el automanejo influye directamente en la evolución de la enfermedad y el control o complicaciones que se puede llegar a generar.

Tales resultados se asemejan a los obtenidos por Fernández et al (2018) en su estudio acerca de la vida después de la diabetes donde se menciona que, en el ámbito ontológico emocional-psicológico predomina la presencia de emociones negativas, así como miedos en las complicaciones y la percepción del apoyo familiar. Por su parte, en la condición biológica, los elementos relacionados fueron la percepción de las complicaciones, así como las creencias del autocuidado y la enfermedad.

Así también, los sentimientos expresados por las personas que padecen diabetes son del ámbito psicológico y social, por lo tanto, son áreas de oportunidad que se pueden trabajar y mantener en equilibrio para permitir la adaptación en su estilo de vida y conductas; sin embargo, la atención de los servicios de salud no siempre contempla estos ámbitos como esenciales en el automanejo, y en la actualidad por la situación de pandemia estos servicios están cada vez más limitados.

Es importante mencionar que, suele priorizarse la atención médica dejando a un lado la salud mental; no obstante, esta última representa una vertiente que transversaliza distintos ámbitos y si no es atendida correctamente o tan siquiera considerada como algo que requiere atención, se pueden presentar posibles complicaciones.

Otro dato importante es que las mujeres iniciaron hablando de la enfermedad cuando esta ya se les presentó, es decir, a partir de ser diagnosticadas; por tanto, su participación está orientada a la atención y no a la prevención, muestra de que no se cuenta con información previa respecto a cómo prevenir la diabetes.

En su mayoría, las mujeres mayas no pueden identificar factores de riesgo, por tanto, no hay una participación a nivel preventivo, por lo que los costos son mayores. Cada una de ellas expresó de manera diferente las formas de cómo se les presentó la enfermedad, su manera de hablar al respecto incluye elementos como: sudoración en abundancia, las piernas no tenían fuerza, algo frío recorrió el cuerpo, la cabeza les hizo “pirinzud”, etc.

Experiencias de vivir con diabetes de mujeres mayas

En esta misma línea de análisis, las experiencias de las mujeres con padecimiento de diabetes en la población de Sotuta giran en torno a cuestiones relacionadas con la alimentación, información, causas, consecuencias, necesidades y hábitos adquiridos a partir de ser diagnosticadas. Las entrevistadas relatan continuar con sus actividades cotidianas a pesar de las dificultades físicas que el padecimiento le origina:

No podía caminar, no podía moler, y aunque despacio así voy a moler, porque las chamacas no pueden porque están estudiando, ja, y cómo estoy con tratamiento, pues, aunque despacio, pero me jach me afectó mi pie (E3., Comunicación personal, 29 de febrero de 2020).

Por todo lloro y como se me sube la presión como que nadie me apoya y como que me siento alejada de mi familia y amanece por todo lloro (E.10., Comunicación personal, 11 de marzo de 2020).

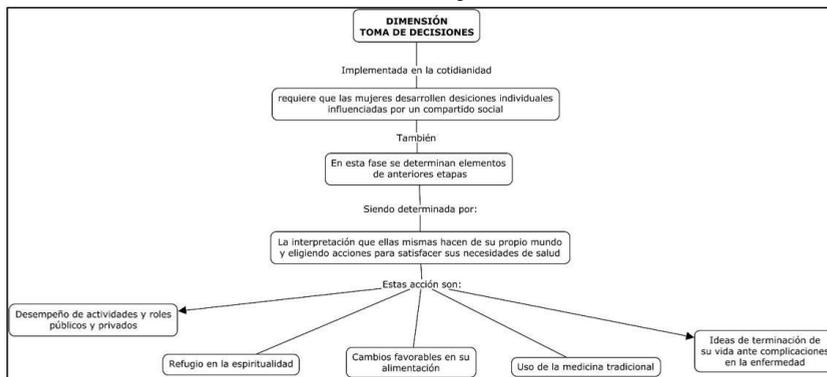
Tales experiencias, no solo dependen de los significados que las mujeres le otorguen a su padecimiento, sino también de las redes de apoyo que puedan percibir en su entorno, y de los beneficios que puedan retomar de estas relaciones interpersonales para incorporarlos como una estrategia de automanejo. Se puede considerar que, en su experiencia, las mujeres que viven con diabetes en Sotuta, Yucatán han hecho cambios en su alimentación, no obstante, no ha sido lo suficiente para lograr un adecuado control de la enfermedad y aplazar o disminuir las consecuencias de este padecimiento.

Algunas entrevistadas mencionaron su experiencia como aceptación, mostrando una actitud de aparente tranquilidad y resignación y es una de las diversas formas en cómo las mujeres mayas, expresan lo que significa para ellas vivir con el padecimiento de la diabetes, siendo conscientes del cuidado que se requiere para vivir y posponer o disminuir las consecuencias de la diabetes en su calidad de vida. Asimismo, las entrevistadas, señalaron la aceptación y participación de ellas es más fácil cuando se cuenta con el apoyo de la familia o existe una red de apoyo que es sensible a la enfermedad.

Toma de decisiones informada: automanejo de la enfermedad en su cotidianidad

Las personas con enfermedades crónicas deben tomar decisiones sobre su salud y el manejo de la enfermedad, siendo la toma de decisiones informada una forma en que la persona controle sus elecciones y las consecuencias que de ello derivee (Funnell y Anderson 2004). Asimismo, el automanejo de la enfermedad en la cotidianidad requiere que las mujeres mayas puedan hacer uso de todo el proceso, desde acciones individuales, que refuercen su capacidad de análisis y toma de decisiones a pesar la influencia de los grupos sociales con los que interactúan.

Figura 5
Dimensión del automanejo: toma de decisiones



Fuente: Elaboración propia (2021), con base en resultados del estudio.

Esta última dimensión del automanejo encierra elementos de las anteriores etapas del proceso, siendo influenciada por grupos sociales que existen en el entorno de las mujeres mayas; en la misma idea, Mead (1934) dio prioridad al mundo social para comprender la experiencia social, partiendo de comprender la conducta o acciones de las personas desde un todo social y no desde la particularidad, en este caso, de las mujeres mayas. A continuación, se presentan diversas estrategias de automanejo que las mujeres implementan para el cuidado de su salud desde acciones individuales, que son influenciadas por los diferentes grupos sociales a las que pertenecen.

Las mujeres mayas construyen sus estrategias de automanejo de la diabetes en función de su propia motivación, donde los hijos y la familia son un móvil importante para su estimulación; por otro lado, las actividades cotidianas y sociales en la comunidad representan momentos de recreación; en palabras de ellas, les permite distraer su mente y generar pensamientos positivos para su diario vivir, siendo así, que al sentirse socialmente activas las consecuencias de padecer diabetes desde la carga psicológica, social y física parecieran pausarse durante el tiempo que estas se dedican a sus actividades desde la esfera pública y privada.

El establecimiento de interacciones sociales de las mujeres mayas también implica que estas participen en distintos espacios de la esfera pública, dado que, culturalmente su figura es importante para el funcionamiento social asumiendo distintos roles, como madre, esposa, hermana. Para el caso de las mujeres de Sotuta, se desempeñan en la esfera laboral desde el emprendimiento con actividades propias de la comunidad y que representan elementos culturales, dichas actividades laborales, son motivo para fortalecer la toma de decisiones de las mujeres mayas.

Los oficios que realizan las mujeres de la localidad son diversos, algunas son urdidoras de hamacas, bordadoras de hilo contado y máquina, sobadoras, vendedora de antojitos regionales, rezadoras, cocineras, trabajadoras no remuneradas del hogar, desyerbadoras de terrenos, donde además cuidan de los árboles frutales, ganados bovino y equino, vendedoras de árboles de ramón y madera de sus terrenos, barrenderas de los parques y jardines de la población, predicadoras de la palabra de Dios de distintas religiones, en tal, la mujer ha incursionado también en el ámbito político, ocupando puestos importantes como el de la presidenta municipal.

Las mujeres mayas, también participan en eventos escolares, culturales, políticos, religiosos (novenas, fiestas de la Virgen de la Natividad, vaquerías, kermes) en este último rubro realizan diversidad de actividades para la recaudación de fondos en beneficio de las personas más necesitadas y enfermas de la comunidad; es decir, a pesar

de tener complicaciones en su salud estas actividades son parte esencial para coadyuvar a un bienestar basado en la acción social. Así también, desarrollan actividades en la esfera privada, con relación al cuidado del hogar, tratan de llevar a cabo costumbres de las abuelas, entre ellas su rol de cuidadoras dentro de la familia.

Además, se observa que para las mujeres es significativo para su motivación la presencia de sus nietos entre otros miembros de la familia, por lo que se reconoce lo que señala la definición de automanejo por parte de Lange et al. (2013) quienes afirman que el automanejo se refiere a la habilidad de la persona, junto a su familia, así como otros grupos o personas de apoyo, para manejar entre otros elementos los síntomas y las consecuencias psicosociales, culturales y espirituales de las condiciones crónicas de salud.

En este sentido, es importante señalar la gran resiliencia que existe en la mujer maya, como una característica particular, ya que un gran porcentaje de su salud emocional depende de acciones personales, desde los pensamientos hasta actividades como las labores domésticas que usan como un distractor que abona a su tranquilidad y salud.

Los aspectos culturales y simbólicos como medio de apoyo al desarrollo de estrategias de automanejo en su experiencia de vivir con diabetes

Las mujeres con padecimiento de diabetes otorgan el significado de la enfermedad a partir de la influencia de los grupos sociales a los que pertenecen, buscan formas de compartir medicamento; por ejemplo, a través de la medicina tradicional, esto modela diferentes alternativas que utilizan para su atención dándole un significado de acuerdo con su experiencia, principalmente al no contar con la respuesta eficaz y eficiente de una política de salud que atienda sus necesidades desde el contexto comunitario.

El interaccionismo simbólico parte de tres consideraciones centrales sobre interacción y sociedad: primeramente, le atribuye al individuo capacidad de acción para interpretar el mundo (el mundo no estaría

dado); en segundo lugar, sostiene que actor y mundo son procesos dinámicos y de constitución recíproca (interpretando situaciones), y finalmente considerar que el mecanismo de la acción humana y de la interacción tiene que ser, necesariamente, definido simbólicamente. En definitiva, los individuos actuarían con referencia *al otro* en términos de los símbolos desarrollados mediante la interacción, haciéndolo a través de la comunicación de éstos (Gadea, 2018).

En este sentido, los símbolos y marcos de referencia respecto a la enfermedad y de la vida y salud en general, establecen la realidad de las mujeres mayas en función de su condición; no obstante, esta interpretación no es estática y más bien, puede construirse y deconstruirse con el paso del tiempo y de acuerdo con nuevos lazos e interacciones sociales en el entorno de las personas.

De esta manera, es importante que desde los servicios de salud se otorgue un enfoque cultural en la atención, esto es, identificar estas significaciones en el proceso de automanejo y educar con respecto a la diabetes transversalizando la cultura y la propuesta de estrategias en el tema. Cabe mencionar que las mujeres mayas hacen uso de distintas fuentes de apoyo para la obtención de recursos que les permitan continuar en su proceso de automanejo y llevar a cabo sus estrategias, ante lo cual, el papel de la familia, las instituciones sociales y de salud, y su propia comunidad, son fundamentales. Esta última, como se ha mencionado es de las más importantes, ya que, no solo se retoma de ella conocimientos y prácticas ancestrales, sino también, las aportaciones directas a sus necesidades no satisfechas.

De acuerdo con lo anterior, resulta importante señalar que, el interaccionismo simbólico está cimentado en una serie de ideas básicas o imágenes radicales, que representan el modo en que contempla el comportamiento y las sociedades humanas, las cuales se desglosan a continuación pues permiten parte de la explicación del problema de estudio (Álvarez-Gayou, 2003):

Naturaleza de la sociedad humana o de la vida de los grupos humanos. Los grupos humanos se consideran constituidos por personas en acción. Esta acción consiste en las múltiples actividades

que los individuos realizan en sus vidas al encontrarse unos con otros y en la manera como resuelven las situaciones que se les presentan. Los grupos humanos se consideran en movimiento, y es así como deben verse. (p.67)

El primero se refiere a que, el interaccionismo simbólico percibe a las personas como agentes de su propio entorno, desvirtuándolos de la pasividad, tal y como lo señala Blumer (1982), lo anterior, permite explicar que las mujeres mayas implementan estrategias de automanejo en la medida en que están comprometidas con la recuperación de su salud o el tratamiento de su enfermedad, pero también con la capacidad de solucionar o atender sus necesidades como parte de los objetivos de la vida y, como una respuesta a su realidad, esto de acuerdo con elementos culturales, como sus creencias, normas, valores e incluso el propioidioma.

Asimismo, en el interaccionismo simbólico, las personas no se perciben como un simple receptor, más bien, se conciben como un constructor activo de significados que se inserta en una sociedad, dicha sociedad es un tejido de interacción simbólica que crea a la persona, y la persona, a través de su interacción, crea la sociedad (Gil-Lacruz, 2007). De lo anterior y enfocándose en la interacción con su comunidad, se debe considerar que al convivir con miembros de una población indígena surgen elementos culturales que influyen en las formas de sobrellevar la enfermedad, como podría ser la utilización de la medicina tradicional en vez del apego a un tratamiento médico-farmacológico.

Otra premisa relevante es la naturaleza de los objetos, la cual radica en que el significado de las situaciones u objetos para una persona yace de la definición de otras personas con quienes interactúa en su entorno (Blumer, 1982). Por ejemplo, la perspectiva que tenga la familia de la enfermedad, en respuesta a experiencias pasadas de uno de sus miembros, o bien, la no presencia de esta en el núcleo, influirá significativamente en cómo las mujeres constituyan el significado de la enfermedad y, por ende, la forma de su automanejo.

Lo anterior, podrá ser explicado a partir del discurso de las mujeres mayas, con respecto a su experiencia, en donde también se identifican tanto acciones enfocadas en tratar la enfermedad, como en la omisión de los cuidados pertinentes a su persona, lo que también se contempla en la eficiencia de los servicios de salud. De este punto, surge la importancia de las historias de personas dentro del interaccionismo simbólico, las cuales funcionan como referencia para interpretar y comprender los acontecimientos que tienen un gran impacto en la vida de las personas.

Entonces, la manera en que las mujeres mayas están dispuestas a implementar estrategias o referirse a la enfermedad está determinada por los recursos y perspectivas obtenidas en sus diferentes fuentes de apoyo, influyendo directamente en la información o conocimientos del padecimiento, la adhesión al tratamiento, a su participación y finalmente, en la toma de decisiones en la implementación de sus estrategias de automanejo.

Otro postulado de esta teoría, el ser humano como organismo activo, considera a las personas no solo como organismo que responde a la interacción social, sino como uno que actúa, y que ha de “modelar su línea de acción basándose en aquello que toma en consideración en lugar de limitarse a emitir una respuesta ante la interacción de un determinado factor en su organización” (Blumer, 1982, p.11), este postulado da paso a entrelazar las estrategias de automanejo como una línea de acción en respuesta a las demandas de salud no cubiertas por el Estado, representando la acción social de las personas en función de solventarlas por sí mismas (autogestión), sin esperar una interacción recíproca entre las mujeres con este padecimiento y los ejes de acción de los servicios de salud en la comunidad.

De esta manera, las acciones de las personas como es el caso de las estrategias de automanejo de las mujeres mayas con diabetes, también serán determinadas por estos elementos, mismos que son utilizados para dar significado a todas y cada una de las decisiones que toman respecto a sobrellevar el padecimiento. Sin duda, en este proceso se hace presente una visión colectiva y va influyendo en la percepción de los

demás, como un referente.

El interaccionismo simbólico permite tener una perspectiva teórica para comprender los significados, es decir, lo que significa para las mujeres convivir con la diabetes en el contexto social en la que interactúan con otras personas de su comunidad, que a su vez es el lugar donde se desarrolla el complejo proceso a través en el que entienden, interpretan y crean su mundo. De modo que, esta postura teórica se enfoca en conocer la vida de los grupos humanos y de su conducta, en especial atención a la interacción social, la dinámica y la actividad social de las personas (Charon, 2004).

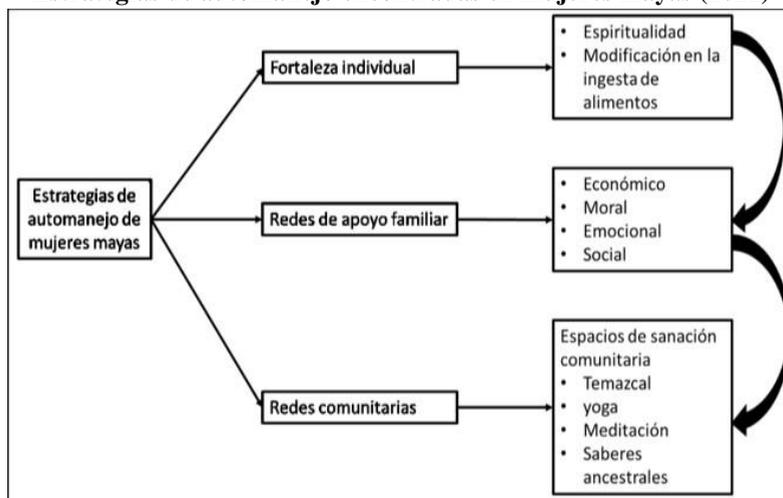
Proceso de construcción de las estrategias de automanejo

La construcción de estrategias de automanejo que las mujeres mayas hacen respecto a la diabetes que padecen refleja que no solamente se involucra la mujer con este padecimiento, de igual manera es la comunidad y el personal de salud quienes se involucran una vez que el diagnóstico identifica la diabetes, como una enfermedad que debe ser atendida:

- La primera fase, la construcción de estrategias es el establecimiento de significados al respecto de la enfermedad, la cual se da a partir de la interiorización de símbolos propios de su contexto cultural y que son directamente replicados por organizaciones sociales como la familia, la comunidad e incluso los servicios de salud.
- La segunda fase, se refiere a la manera de cómo estas mujeres realizan la construcción y el manejo de los significados que son aprendidos en la primera fase; es decir, son capaces de identificar y transformar ese significado respecto a la enfermedad, siendo utilizados como instrumentos que guían la implementación de sus estrategias de automanejo. En la investigación realizada se identificó que una vez diagnosticada la mujer, de una u otra forma busca apoyo a su salud, algunas de ellas toleran la existencia de la enfermedad, otras no.
- La tercera fase señala a los servicios de salud como la principal organización social a la que recurren de inmediato; sin embargo,

se identifican deficiencias en la accesibilidad, calidad y disponibilidad, lo cual conlleva a que generen y apliquen estrategias de automanejo en las diferentes dimensiones: conocimiento, adhesión al plan, participación y toma de decisiones. De manera que, para las mujeres, resultan importantes las interacciones que establecen con la familia, comunidad y personal de salud, para la toma de decisiones, respecto a la forma de cómo manejar la enfermedad. Todas estas acciones están permeadas por la cultura de las mujeres mayas, donde las estrategias de automanejo que eligen las determinan en función de las interpretaciones y significados que a su vez se traducen en acciones para atenderse, las cuales desembocan en estrategias que, como se mencionó al inicio de este apartado, involucra familia, amistades y su propia persona.

Tabla 7
Estrategias de automanejo encontradas en mujeres mayas (2021)



Fuente: Elaboración propia, 2021, a partir de los resultados obtenidos en la investigación.

Como puede observarse en el esquema anterior, durante la investigación se encontraron elementos importantes que desarrollan las mujeres mayas como estrategias de automanejo de la diabetes. Lo encontrado se centra básicamente en el ámbito social, representado en tres grandes esferas:

- **Fortaleza individual:** En este aspecto es notoria la voluntad de las

mujeres para modificar algunos aspectos personales en sus vidas, los cuales están relacionados en gran medida con la admirable fuerza interna que cada una posee, entre dichos aspectos se pueden mencionar: las creencias que se acentúan o que incorporan a sus vidas; de igual manera, la modificación en sus estilos de alimentación, la cual solo la modifican, ya que siguen consumiendo lo mismo, debido a que se trata de productos con los que se cuenta en la comunidad.

- Redes de apoyo familiar: ellas deciden en quien apoyarse, tomando en cuenta elementos como la confianza y el buen trato que reciben, por lo general son las personas más cercanas a ellas, como hijos e hijas, así como sus parejas, quienes las proveen de recursos económicos, morales y emocionales.
- Redes comunitarias: En lo que respecta a este aspecto y paralelo a los medicamentos que utilizan de la medicina moderna o ancestral, las mujeres mayas de Sotuta, le apuestan a la búsqueda de espacios de sanación como es el temazcal, prácticas ancestrales que abonan a su bienestar en general (Toc, rituales).

Elementos socioculturales y de salud que influyen en el establecimiento de estrategias de automanejo de las mujeres mayas

Las condiciones de los servicios de salud ya descritos con anterioridad, han dado lugar a que las mujeres mayas lleven a cabo prácticas culturales para el automanejo de la diabetes que padecen, algunas de estas se mencionan a continuación, considerando la situación del contexto comunitario en el cual viven y que influyen de manera directa en dichas estrategias, una vez que fueron diagnosticadas:

- Sobadas: se refiere a la estimulación de partes estratégicas de su cuerpo a cargo de una mujer llamada *sobadora*, quien, con algunas técnicas y ejercicios ancestrales, buscan activar el cuerpo para *poner todo en su lugar*, para que funcione de manera adecuada. Baños de enferma: aquellos que se dan con diferentes hierbas medicinales como son la albahaca, ruda, romero, citronela, entre otros, realizados al vapor o mediante la *sancochada*, la cual una vez aplicada se envuelve a la mujer en

- telas calientes para que su cuerpo se reactive. Según afirman, este tiene un impacto positivo tanto a nivel físico como emocional.
- Temazcal: se lleva a cabo en un espacio cerrado y pequeño, construido de diferentes materiales, en el caso de la zona maya es común el uso de los hiles, bejuco de características flexibles que permiten tomar la forma que se les quiera dar; por ejemplo, en forma de iglú, dentro del cual se realizan ceremonias de sanación espiritual, mediante piedras que son calentadas y que emiten vapor al ser mojadas con ramos de plantas medicinales como la ruda y la albahaca. Todo el vapor emitido se concentra en el llamado ombliguito, ya que simula ser un vientre materno del cual se sale con renovación, hay un fuerte vínculo con la madre tierra.
 - TOC: el cual se realiza con un espino de mora obtenido en el monte o colmillo de serpiente con el cual se le dan pequeños toques a la frente de la persona, hasta que fluya sangre, se cree que de este modo se liberan los dolores de cabeza o mareos que genera la diabetes.

El desarrollo de las prácticas mencionadas, resultan clave para dar respuesta a lo que establece Malinowski (1984) con respecto a que las comunidades como sistema implica que en su organización haya que aceptar ciertos valores y acuerdos elementales para un objetivo propuesto; es decir, las acciones deben cumplir con el parámetro que establecen, siendo reconocidos y validados, que sean acciones aceptadas y conocidas en la comunidad y, por ende, entre ellas. Dichas organizaciones reflejan la influencia cultural en las interacciones sociales, en esa constante búsqueda de las acciones adecuadas para un correcto automanejo de la enfermedad. Por ejemplo, el tema de la automedicación es cultural, la cual debería ser entendida como "la voluntad y la capacidad de las personas-pacientes para participar de manera inteligente y autónoma (es decir, informada) en las decisiones y en la gestión de las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les atañen" (Laporte, 1992, como se citó en López et al., 2009, p.433).

A pesar de la conceptualización anterior, es controversial su definición y aplicación, porque esta acción implica que sea por

iniciativa propia; pero, no en todos los casos se tiene el conocimiento suficiente y la capacidad para tomar decisiones respecto al consumo de medicamentos, ante tal ausencia terminan por aceptar consejo de otra persona, sin consultar al médico, lo que trae consecuencias adversas a su estado de salud.

El autoconsumo de medicamentos de las mujeres mayas se basa en repetidas ocasiones en función de supuestos, creencias e información obtenida de fuentes informales: “Me dijeron que el vinagre con el bicarbonato elimina el colesterol y el triglicérido, lo tomé tres noches” (E.9., Comunicación personal, 11 de marzo de 2020).

En este sentido, las mujeres suelen seguir el hábito de consumir productos o medicamentos, donde incluso llegan a mezclarlos con el propósito de obtener diferentes resultados o bien, apaciguar diferentes síntomas de la enfermedad. Además de elementos naturales, las mujeres mayas consumen productos de la medicina alópata que venden en la puerta de sus hogares, esta estrategia que realizan, es información que no comparten en caso de acudir también a la medicina moderna, poniendo en riesgo su salud al no existir un adecuado seguimiento y control de la enfermedad, ante este panorama es importante sensibilizar tanto al personal de salud como a las mujeres sobre la importancia de cómo comunicarse los tratamientos alternos que ellas llevan a cabo y cuidar la rigurosidad del tratamiento:

Solo tomé dos pastillas porque me sentía mal y cuando como, aunque sea, como un pedazo del pan, llegando tomo mis pastillas si no tomo un poco de la moringa o si no también compro mis productos esos de dulcecita que es especial para la diabetes (G.F., Comunicación personal, 12 de junio de 2020).

La automedicación que las mujeres realizan está relacionada con la búsqueda de su salud, ya que se encuentran en un estado sensible ante la presencia de la enfermedad, si se piensa que las personas se encuentran en un estado de mayor vulnerabilidad en cuanto su salud, esto podría desencadenar complicaciones en el sistema inmune provocando la aparición de trastornos mayores que llevaría a las personas a consumir mayor medicamento y por ende a mayor

autoconsumo.

Los recursos a los que tienen acceso las mujeres mayas por parte de los servicios de salud, son limitados e insuficientes, al grado que optan por recurrir a otras fuentes de apoyo que no siempre están capacitados para la prescripción de medicamentos, en el caso de los alimentos sucede algo similar y al no contar con información clara y certera con frecuencia se vive de mitos ante el padecimiento de la diabetes.

Mitos sobre la diabetes en mujeres mayas

Las entrevistadas refirieron tener y recibir información por parte de los centros de salud, sin embargo, esta información es respecto a la alimentación que deben de tener y a las consecuencias de no seguir el régimen sugerido; considerando esta situación, también hay que reflexionar los aspectos que integran la educación en la salud; García y Suárez (2007) señalan que educar al paciente no solo es dotarle de información, sino proporcionarle conocimiento y destrezas para afrontar las exigencias del tratamiento, promover motivación y transmitir seguridad y responsabilidad para cuidar diariamente de su alimentación, sin afectar su autoestima y bienestar general:

Allí nos explicaban cómo se debe cuidar la diabetes, qué síntomas tiene la diabetes, ay como le dicen a esto... ay qué consecuencias tiene la diabetes. Te puede traer un glucoma, te puede dejar ciego, . . . debemos tener un peso adecuado a la estatura que tenemos y si nosotros estamos con la obesidad pues eso también nos causa problemas con la diabetes, y la alimentación, tener que cuidar tu alimentación, cuidar tus pies porque los pies se empiezan a infectar . . . es normal bajar de peso porque cuando se te presenta la diabetes empezamos a perder peso porque tenemos unos glóbulos que . . . que están en el páncreas, pero como ya no hay insulina te van comiendo esos, lo que vamos a hacer es alimentar esos glóbulos para qué, para darle alas páncreas (E.1., Comunicación personal, 26 de febrero de 2020).

También, aluden lo siguiente: “pos a nosotros nos dicen que nos cuidemos, porque es peligroso, nos dicen que es peligroso porque si nos

cortamos, nos da llaga o dice el doctor que te pueden quitar hasta tu pie, tus dedos, que se cuiden dice” (E.13., Comunicación personal, 18 de marzo de 2020). De esta forma, la información llega a ser una herramienta que permite evadir o enfrentar los miedos ante posibles complicaciones en la enfermedad; es decir, mientras mayor información tengan tendrán mayor seguridad en el automanejo, pero la información teórica solo es una parte.

De igual manera, a pesar de ser la diabetes una enfermedad con alta prevalencia en México, aún se tiene desconocimiento sobre las causas y formas de llevar el tratamiento, existen muchos mitos ante la enfermedad, información inconclusa o parcial sobre el tratamiento, información de fuentes no confiables e incluso, dudas sobre el diagnóstico proporcionado. “Porque un doctor me dice que tengo y el otro me dice que no, entonces no sé qué tengo” (E.14., Comunicación personal, 24 de marzo de 2020).

Las mujeres mayas con diabetes usan los distintos consejos de las personas de su entorno, como probar la orina, que es para ellas algo significativo, ya que suponen se darán cuenta como traen la glucosa alta con solo probarla. Con este testimonio nos damos cuenta de la influencia directa que tienen los familiares de las mujeres, desde la forma en cómo se expresan y de lo que reciben como sugerencia influye en cómo viven la diabetes. Como menciona Montesquieu (como se citó en Giménez, 2005) que las leyes sociales existen independientemente de las personas; por tanto, solo se puede ver a las mujeres mayas impregnadas de costumbres, hábitos e indicaciones de las instituciones sociales que influyende manera decisiva en las formas de automanejo de la enfermedad.

Con relación a lo anterior, queda claro que la cultura es un factor determinante en la forma de cómo las mujeres viven la diabetes, al mismo tiempo que existe una necesidad por parte de las interesadas, en conocer más sobre la enfermedad y así poder controlarla de manera adecuada, ya que, no se le proporciona alguna orientación respecto al automanejo, o algún programa dirigido a cumplir con metas en pro de un tratamiento adecuado. Al no existir comunicación entre el personal de

salud y las mujeres, no hay claridad en la información que tienen de la enfermedad, recurriendo a personas de su círculo social más cercano que han pasado por esta experiencia.

En cuanto a la información de la enfermedad se tienen las diversas experiencias de las mujeres que han forjado el conocimiento de la enfermedad, sin embargo, en otros casos aún se cuenta con mitos que van desde la forma en cómo se presentó la enfermedad en su vida hasta algunos casos en los que los propios tratamientos se encuentran rodeados de mitos que generan incertidumbre ante las posibles complicaciones de la enfermedad. Algunos de estos mitos son retomados de las experiencias de otras personas, ya sea que, hayan padecido la enfermedad o que simplemente tienen información relacionada con este padecimiento. Como lo menciona esta entrevistada:

Yo tenía miedo porque la gente decía que, si usas insulina, te mata, te mueres y yo decía: Dios mío, pero si un doctor me lo está dando (E.13., Comunicación personal, 18 de marzo de 2020).

Ah..., a mí se me presentó cuando... pues le voy a decir la verdad. A mí se presentó cuando mi marido toma mucho y venga y me dice muchas cosas (E.3., Comunicación personal, 29 de febrero de 2020).

Estos mitos y creencias se originan en las personas con influencia directa de la familia, de su cultura local o regional, por sus tradiciones y usos y costumbres tan arraigadas en la población mexicana. Asimismo, en el caso de la cultura yucateca prevalecen estas creencias respecto a tratar la enfermedad y, por tanto, se suman a los factores que dan significado de vivir con ella.

Uso de información inconsecuente respecto al automanejo de la enfermedad

Las fuentes de información con las que cuentan las mujeres mayas para su atención por la diabetes tienen en gran medida un alto nivel de informalidad, ya que obtienen información de distintas personas, algunas cercanas, algunas con quien coinciden temporalmente, lo cual aumenta el riesgo a su condición de salud y la desinformación al

respecto de un tratamiento apegado a sus necesidades de cada una de ellas. Algunos relatos lo mencionan:

Bueno una señora me lo dijo que cuando está muy alto la azúcar lo toman con tres hojitas (3) sancochado en un litro de agua, en la mañana, uno al medio día y otro en noche, lo empecé a hacer así...Otra cosa de lo que digo, lo que me pasó a matar, la canela (E.2., Comunicación personal, 26 de febrero de 2020).

Pues todas mis compañeras con que voy al seguro (4) nos lo comentamos allá y me lo empezaron a decir y lo empecé a hacer, ja, lo empecé a hacer... (4) ahorita no lo estoy tomando solo moringa: tomo esos polvos que tienen moringa, que tienen guanábana, que tienen (4) chía que tiene no sé qué cosas y eso estoy tomando (E.4., Comunicación personal, 3 de marzo de 2020).

Por otro lado, los testimonios anteriores reflejan la necesidad de las mujeres de este estudio de buscar alternativas ante la falta de atención oportuna del sistema de salud donde se esperaría que contaran con el tratamiento y prevención de la diabetes, ya que según la OMS (1998), la educación terapéutica ha sido orientada para formar, convencer y fortalecer a las personas con enfermedades que no se transmiten, para que intervengan en su propio cuidado de manera asertiva. Sin embargo, ante la falta de ello surgen temores, como el que menciona la entrevistada:

“Eso hay mu...chos acá, me dicen así que no hay cura solo si te cuidas mucho está bien, pero si tienes llagas eso no se te va a curar; yo le rue...go a Dios que me guarde” (E.5., Comunicación personal, 3 de marzo de 2020).

En este caso no solamente es contar con las condiciones físicas de atención, sino que la información adecuada y oportuna sobre cómo hacer un automanejo adecuado sería útil a las mujeres. Por otro lado, García y Suárez (2007) sugieren una concentración de personas con diagnóstico, para darles un seguimiento que les permita aminorar las consecuencias y posponer el mayor tiempo posible las dificultades en la salud que trae consigo la enfermedad, considerando que la salud está amenazada desde diferentes frentes, entre otros, la alimentación.

Costumbres respecto a la alimentación

A su vez, el entorno cultural de las mujeres mayas se ve influenciado por costumbres poco saludables para un automanejo efectivo de la enfermedad, ya que la dinámica de vida instaurada en las comunidades rurales se basa de relaciones interpersonales estrechas que construyen vínculos con significados importantes en su vida social, lo cual hace difícil la adherencia a recomendaciones del cuidado de la salud, principalmente, en el tema de alimentación. Los cambios demandados en la dieta de las mujeres repercuten de manera especial en las costumbres respecto a las comidas tradicionales de las comunidades mayas, lo que conlleva a desapegos todavía más difíciles de tales hábitos alimenticios.

Las entrevistadas mencionaron la dificultad de hacer cambios en la ingesta de alimentos ante el hecho de que, en la cultura maya, la alimentación es a base de grasa y carnes de ganado porcino, en las celebraciones tiene un gran significado el tipo de comida que se consume, o la tradicional cochinita los domingos o lunes de frijol con puerco, las tortillas hechas a mano a base de maíz también son motivo importante del aumento de peso, quedando en riesgo de aumentar el colesterol.

Las mujeres mayas entrevistadas saben que subir de peso se relaciona directamente con sus prácticas alimenticias, sin embargo, acudir a una reunión o a casa de algún conocido, es parte de la convivencia, comer lo que se le invite, e incluso llegan a comer más de lo necesario hasta sentir que ya no puede más, tal como menciona las siguientes mujeres:

... a veces en el desayuno sí salgo así y me invitan mis amigas, me como una torta o dos tortas, a la hora del almuerzo, si está buena mi comida me siento a comer y estoy come y come y cuando siento que ya no puedo... ¡ya lo dejo! A veces en la tarde preparo mi café, lo tomo con una barra o media barra, entonces. (E.3., Comunicación personal, 29 de febrero de 2020). Pues con la familia, por ejemplo, en una Navidad, en un cumpleaños, ves cómo se reparte el pastel, los platillos y todo eso, si realmente no puedes comer todo eso, no puedes como nada en exceso, puedes comer un poquito de cada

cosa... Pero la verdad si te daña porque si yo voy a una fiesta y como, al día siguiente si me checo, tengo mi azúcar alta y la verdad si nos daña porque ya no es lo mismo (E.10., Comunicación personal, 11 de marzo de 2020).

Por su parte, otra mujer maya entrevistada, con respecto a los cambios que tuvo que realizar en su alimentación, menciona lo siguiente: “cambió porque no puedes comer de todo pues, en la alimentación, no puedes comer tanta grasa, recado. Me acuerdo cuando se me presentó la diabetes, como yo estoy acostumbrada a comer así normal, y yo mataba mi pava para comer (E.12., Comunicación personal, 18 de marzo de 2020).

El aspecto de la vida que enfrenta con mayor reto al cambiar su alimentación es lo social, dado que afecta directamente las relaciones con su entorno, incluso para ser parte de estos grupos sociales han optado por omitir las recomendaciones para su dieta y han sufrido alteraciones en su estado de salud que las concientiza de los riesgos que pueden presentarse a partir de abandonar las indicaciones médicas al respecto. Además, los refrescos de cola, ocupan un lugar importante en la cultura, ya que, se asocia con festividades, celebraciones y reuniones familiares; por otro lado, las altas temperaturas en el estado de Yucatán generan un aumento en el consumo de estas bebidas muchas veces en mayor cantidad que el agua, lo cual continúa deteriorando su salud.

Es necesario señalar que de igual forma a lo manifestado en esta investigación, los patrones alimentarios a los que estaban habituadas se caracterizan por el consumo excesivo de alimentos, principalmente, las tortillas. No obstante, en comparación de los hallazgos de dicho estudio las mujeres mayas del municipio de Sotuta, señalan aún no adaptarse a los cambios recomendados en el control médico a pesar de tener varios años padeciendo esta enfermedad; por tanto, aún persisten momentos en los que se suele abandonar estas recomendaciones y volver a retomarlas ante alguna complicación.

Pese a estos cambios en la alimentación las mujeres refieren haber modificado parcialmente algunos hábitos y costumbres con relación a

ello, ya que, identifican que son propensas a complicaciones en su condición de salud; sin embargo, en sus acciones aún se refleja la lógica cultural tanto de la base alimenticia maya como de la vida cotidiana que se acostumbra en la comunidad.

En ese marco, la alimentación es un aspecto decisivo en el control de la diabetes mellitus, por lo que, estos resultados se asemejan a lo reportado por García et al. (2015), exponiendo que “a pesar de las dificultades que las personas enfrentan para cumplir el régimen alimentario, se logran cambios debido a procesos de automanejo y autorregulación en la conducta alimentaria” (p.32). Para el caso de las mujeres mayas de Sotuta se identifican cambios en su alimentación, lo cual representa pérdida de costumbres y hábitos que repercuten a nivel emocional, dado, el significado cultural que estas le otorgan desde representaciones de tipo familiar y de pertenencia.

De igual manera se manifiestan modificaciones en su dinámica de vida de abandono de costumbres del ámbito comunitario como son las fiestas patronales y las actividades que la constituyen, así también, se aminoran las tareas cotidianas que acostumbraban llevar a cabo, por lo que, el hecho de ir deslindado actividades que les permitían sentirse activas repercute de igual forma en sus emociones. Los siguientes comentarios señalan su modificación de hábitos en el primer aspecto:

Me dice mi esposo ¿no te dijeron que no puedes comer la grasa? Y yo mejor me puse a llorar porque yo estoy acostumbrada a comer y me dije ni modos tengo que obedecerlo que diga el doctor. Entonces eso le hace que se ponga a llorar y le da tristeza . . . sí porque yo quiero hacer mi vida como de antes, que yo no me sienta mal (E.12., Comunicación personal, 18 de marzo de 2020).

Por otro lado, señalan experiencias respecto a desistir o dejar de priorizar actividades comunitarias, culturales y de su vida cotidiana:

Sí, dejé los bailes, las fiestas, cuando hay una fiesta pasa como si nada y para ganarme la vida, pues hago mis sembraditos, también torteo, pero como te digo . . . sí cambió por actividades con más cuidado, ya no es como antes, ya no hay trabajo duro . . . ya el trabajo duro, ya no, porque de antes me dicen vamos a buscar leña, como está

cerquita, pero ahora no, temo caerme o que me suceda otra cosa, ya no, eso se quedó atrás, porque ya no puedo hacerlo, sí puedo, pero no debo hacerlo (E.11., Comunicación personal, 18 de marzo de 2020).

Se debe agregar que, una de las características de las familias mayas es que acostumbran comer con todos los miembros que la integran, de modo que, se alimentan de la misma comida que de sus familiares, la cual es rica en carbohidratos, solamente disminuyendo azúcar; este hábito es desarrollado a partir del diagnóstico de diabetes (Chica y Plasencia, 2019). Es así que, se infiere que la única persona que tiene una dieta diferente en la familia es la persona que tiene esta patología.

Ante esta situación, la persona con diabetes tiende a elegir los alimentos más sanos que por lo general tienen en su traspatio, ante la necesidad de buscar los menores costos de los productos alimenticios que consumen y que a su vez les aportan mayores beneficios al ser cultivados por ellas mismas, tal como señala Giménez (2005) en su análisis de la cultura: “se pueden deducir los gustos populares por los alimentos a la vez más nutritivos y más económicos de la necesidad de reproducir al menor costo la fuerza de trabajo que se impone”(p.254). De esta forma, las mujeres mayas implementan formas autogestoras, en beneficio de ellas y de sus familias.

De lo anterior, tales formas señalan la voluntad de las mujeres mayas en la realización de cambios en su alimentación que favorezcan la reducción de azúcar en la sangre y por ende las consecuencias en su salud, manifiestan la supresión de productos y comidas con grasa y azúcar. Entre otras experiencias mencionan que han cambiado mucho sus estilos de alimentación, tomando acciones que les permita una alimentación saludable. Al preguntar a las mujeres si ha cambiado su alimentación a partir de ser diagnosticada con diabetes, mencionan lo siguiente:

En no tomar mucho dulce... en no comer muchas cosas que no debo de comer, lo poquito que como así que, un poquito de pollo que un poquito de frijol que... bue...nola comida de un pobre, un poco de tomate tamulado (machacado) es mi comida (E.2., Comunicación

personal, 26 de febrero de 2020).

Además, refieren el abandono de consumo de refrescos embotellados y comida industrializada:

Es Coca-Cola ...pero no lo tomé... lo tengo acá, digo no, no pueden obligar a tomarlo si no lo quiere, no debe de comer uno, yo en eso me cuido...sí, de no comer tanto dulce,tanta grasa y todo eso, no soy de comer tantas cosas (E.2., Comunicación personal, 26 de febrero de 2020).

Estos testimonios enmarcan los cambios parciales o totales que las mujeres hacen a su alimentación; sin embargo, se encuentran ligados a significados y experiencias que retoman en sus interacciones sociales con otras mujeres que asisten a los GAM, o bien, que no llevaron un automanejo de la enfermedad adecuado. Como es el caso del siguiente testimonio:

Aunque vendo coca sé que no la debo tomar y me cuido. Invito a otras mujeres a hacerlo como Doña María que decía que dejó de ir al centro de salud porque le dejaron de pagary yo le decía no lo hagas por el dinero sino por “vivir” y no le entendía, era negativa, hasta su coca tomaba todos los días, yo tomo a veces un poquito solo para quitar mi “poch” y ¿dónde está doña María ahora?... ya se murió, no se cuidó. (E.8., Comunicación personal, 11 de marzo de 2020).

Aunque en otros casos, aún persisten estas costumbres ante la falta de adaptación a otros productos “no debes comer las harinas entonces qué como si solo como galleta y mileche, pero solo le pongo media cucharadita” (E.1., Comunicación personal, 26 de febrero de 2020). Sin embargo, respecto al cambio únicamente hacen referencia a la ingesta de medicamentos, no se menciona en ningún momento la importancia de la actividad física, por ejemplo, la importancia de relaciones interpersonales sin violencia o el establecimiento de redes de apoyo previas a la ocurrencia de alguna situación grave derivada del padecimiento. Por otro lado, se encontró que otras maneras de sobre llevar la enfermedad, es la creencia en Dios, para ellas creer significa que puedes sanar o que ya estaba escrito que tenía que pasar, dejando todo en manos de él, del proceder de la enfermedad. La influencia de

la espiritualidad para las mujeres mayas de esta población yucateca, tiene un gran significado en el padecimiento de la diabetes ya que aporta a su bienestar y les permite vivir con diabetes y alcanzar una calidad de vida adecuada:

Si crees en Dios te puedes sanar, pues creer, porque la verdad, aunque muchos no crean, pero si tú crees te puede sanar. Me dice mi hija que no voy a tomar más pastillas porque me sequé mucho (habla con nostalgia) mis manos se quedaron muy flacas y me dice pues no vas a tomar más pastillas y si tú tienes fe en Dios él puede hacer lo imposible, que más voy a hacer, pues creer en Dios... solo con eso me hace sentir mejor, le pido a Dios que me cure (E.7).

Las mujeres mayas demuestran la importancia de la espiritualidad en su cultura, ya que todo aquello que les sucede les significa estar en equilibrio con un creador, la conexión con que la cosmovisión maya contempla como personas-naturaleza, incluso al no tener redes de apoyo identificadas aluden que, la fe es un arma primordial para enfrentar la enfermedad: “Como estoy sola y nadie me orienta pues solo estoy en manos de Dios” (E.2., Comunicación personal, 26 de febrero de 2020).

De igual forma, las mujeres indicaron que el hecho de alabar a un Dios, es otra forma de cómo crean estrategias de superación: “Solo le pido a Dios que me quite todo el mal que siente mi cuerpo, que me quite todo lo que yo pienso y me pongo a escuchar alabanzas y pues se me quitan” (E.12., Comunicación personal, 18, marzo, 2020), incluso representa una de las estrategias con mayor esperanza de vida en las entrevistadas, así como la confianza de consumir plantas ancestrales en la búsqueda de la salud, como a continuación se señala.

Uso de medicina tradicional

Es necesario aludir que, la obtención de medicamentos es un tema extenso, ya que estos no siempre se tienen disponibles en el centro de salud, por tanto, se tienen que comprar y para ello, primero se gestiona la obtención del dinero, lo cual alcanza de diferentes formas, entre ellas mencionan las siguientes: la venta de animales de traspatio que ellas

mismas crían así como la venta de artesanías, apoyo (una parte del costo) de esposo, hijas o hijos y en su caso gestionar ante instituciones existentes, como es la presidencia o el módulo médico. Otra manera de conseguir el medicamento es haciendo trueque con conocidos lo que simboliza para ellas un acto de total solidaridad en el proceso de su autocuidado.

El uso de la medicina tradicional resulta una alternativa a la medicina moderna, aún sigue figurando dentro de la comunidad indígena, entre otros motivos se elige por ser de origen natural y proporciona efecto en poco tiempo, aunque en algunas ocasiones las mujeres se ponen en riesgo, toda vez que no existe una guía clara para la ingesta de la medicina tradicional, sino que la utilizan a partir de manejo de información de fuentes diversas.

Respecto a lo que se consume, las entrevistadas mencionaron algunos frutos y hojas, elementos medicinales que utilizan para posponer o mitigar las consecuencias de la enfermedad. En esta investigación se hizo mención de varias plantas, siendo con mayor frecuencia el consumo del “neem”, algunas de las estrategias del uso de medicina tradicional son las siguientes:

La chaya, la chaya con limón cuando lo sancochas, tomo el agua de chaya, me tomo el litro de la chaya, así, hasta dos tres veces a la semana. También muchos me dicen que sancoche la hoja de guayaba, de aguacate, de hecho, el señor que vino a componerme lo de mis lentes me dijo que yo licué el apio, la piña y el brócoli, creo que es el brócoli, son tres cosas que me dijo (E.1., Comunicación personal, 26 de febrero de 2020).

Asimismo, señalaron el uso de otros frutos: “A veces tomo la moringa, a veces . . . hay unas hojas que preparo que se llaman nim, lo sancocho lo tomo, así busco un poco de alivio. Busco la manera de resolver el problema” (E.2., Comunicación personal, 26 de febrero de 2020) Además, refieren recibir recomendaciones acerca de algunos remedios:

Me dijeron que yo trague esas- ¿hay cómo se llama? la moringa, que yo tome las hojas y trague las bolitas y de eso, pero cuando fui con un (x) doctor acá me dijo que para que no suba mi azúcar dice

“despiértate temprano te refrescas y pones agua caliente en la candela y pones la mitad de limón, lo tomas así cuatro días y luego lo dejas dos días y así vas a estar (E.5., Comunicación personal, 3 de marzo de 2020).

Lo anterior se señala como “santo remedio” ya que de forma rápida les proporciona bienestar. En esta investigación se identificó un gran número de las mujeres que consumen medicina ancestral como señala Campos et. al. (2001), en México además del tratamiento oficial, la población indígena utiliza herbolaria, se automedican y realizan rituales curativos. Por otro lado, la Secretaría de Salud de México ha abierto una Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural en reconocimiento a la existencia de esta práctica.

Se debe mencionar que, las mujeres mayas son culturalmente las que tienen participación en la elaboración de alimentos para consumo de la familia, pero también, en la preparación de recetas de antaño elaborados con ingredientes o plantas que se cultivan en los traspatios de los hogares; en otras palabras, tienen una importante participación en la preservación del patrimonio biocultural de la región maya.

Este término hace referencia a la articulación o ensamble de lo diverso de la vida, así mismo, considera a las comunidades que han sido capaces de mantener una tradición respecto a las prácticas que certifican un uso prudente de la biodiversidad de los ecosistemas existentes entre ellos la agricultura, ganadería, cría de animales de traspatio, preservación de plantas medicinales y de ornato, tal actividad también proporciona a estas mujeres una colección de sabidurías locales (Toledo et al., 2019).

La mujer maya, juega un papel trascendental en la curación de las y los miembros de la familia, incluso de ella, empleando los cuidados correspondientes o los medios para la curación, hacen una combinación entre la medicina tradicional y la contemporánea. Estas actividades refuerzan los modelos hegemónicos y familias tradicionales. Las mujeres mencionaron diversas hierbas para atender su salud, como: orégano de castilla, sábila, pepita de aguacate, jengibre, hojas de

guayaba, así como el fruto de estas y diente de ajo diario, se menciona además del uso del salché, guarumbo, plantas de la que se obtiene el chihuol xiu raíz, las cuales muelen y juntan con otras raíces para consumirse en forma de infusión.

La medicina tradicional desde los testimonios de mujeres adultas, considerada a las abuelas del pueblo mencionan que conocen hierbas para el mal de ojo, mal aire, quitar tomoxchi y atender problemas de la mollera de los niños, pero para la diabetes apenas si hay remedios porque eso no se conocía hace años, por lo tanto, no hay una receta exacta para ello, solo remedios.

Lo anterior pueden traer efectos adversos en el organismo, las mujeres toman los remedios naturales algunas veces solo porque lo escuchan y se sabe de generación en generación, por ello deciden participar en el consumo, pero sin la garantía de un efecto positivo en el resultado. Ante estas afirmaciones cobra sentido que las mujeres a pesar de existir la medicina tradicional también acuden en la búsqueda de la medicina moderna.

Por otro lado, aunque decidan apoyarse de una yerbatera, la obtención de la medicina y atención de la yerbatera implica un gasto económico para ellas, lo cual les exige llevar a cabo acciones que les permita obtener el recurso suficiente para adquirir la medicina que haga bien a su salud, ya sea la medicina moderna o la tradicional. Además de conseguir los recursos económicos, las mujeres destinan tiempo para esperar en un momento dado la preparación de la medicina tradicional, ya que lleva algunos días conseguir las hierbas en el momento y posterior la preparación de la infusión o la manera en que se vaya a conseguir.

Por lo anterior, la mujer deberá hacer entre dos y tres visitas a la yerbatera para empezara tomar lo que se le recomiende. En este sentido, las mujeres que a partir del acceso limitado a los servicios de salud tratan su enfermedad con herbolaria del propio pueblo o de lugares vecinos, aconsejadas por los abuelos y abuelas, madres, hermanas, primas, parientes en general, a su vez son mujeres que forman parte de familias

extensas, las cuales pasan por diversas necesidades y les es difícil enfocarse en su propio cuidado ante la situación vulnerable en la que se encuentran.

Dicha vulnerabilidad es propiciada entre otros motivos, por vivir con una enfermedad crónica degenerativa como lo es la diabetes, es un reto importante no solo para las personas que lo padecen, sino para la familia o quienes rodean a la paciente.

Yo sé que digo cosas que no debo de decir (llora) así como ya perdí mi vista, y pierdo la del otro ojo, yo buscaría algo, para matarme, porque yo no lo voy a soportar, no voy a soportar perder el otro, ya sería vivir en una oscuridad, yo no quisiera (llora) (E.13., Comunicación personal, 18 de marzo de 2020).

Una vez poniendo en evidencia que la salud emocional de las mujeres mayas se ve afectada ante la presencia de la diabetes y siguiendo a Calabrese, (1997) esto genera efectos perjudiciales en la salud mental, podría también ocasionar un incremento en el número de suicidios ante lo cual no existen las condiciones apropiadas y culturales para atender este fenómeno.

Por lo anterior, el concepto de sistemas simbólicos es el punto de análisis de las experiencias que están desarrollando; ya que, se concibe a las estrategias de automanejo como algo que se comparte socialmente, pero que es aplicado por las mujeres en lo individual, entonces se habla de significados sociales que son adoptados por cada persona, quienes guían sus decisiones, acciones, formas y sistemas simbólicos de percibir la realidad.

Capítulo IV

Reflexiones finales a modo de conclusión



Capítulo IV

Reflexiones finales a modo de conclusión

“La diabetes afecta el óol (alma) y el baak (carne) pero el corazón sigue de pie y allí esta la fuerza para seguir viviendo”. Manuela Mezeta

En el análisis de lo expuesto en los capítulos que integran esta investigación, se presentan algunas reflexiones teóricas que son importantes para contrastarlas con el trabajo campo realizado en Sotuta, Yucatán; a través de una metodología con enfoque cualitativo, la entrevista a profundidad y la observación participante permitió dinamizar la relación con los informantes claves, en especial con mujeres mayas que presentan un problema de salud, así como de personal médico y administrativo del Centro de Salud del poblado.

En las experiencias de las mujeres mayas de Sotuta a través de las dimensiones de automanejo propuestas por Peñarrieta, León y Gutiérrez (2018), se pueden puntualizar distintos aspectos en el proceso de salud-enfermedad que sirven para el conocimiento de las estrategias que lleva a cabo en dicha población junto a los servicios de salud y otros actores sociales que impactan en las dinámicas de ellas, de su familia y la comunidad en la que viven.

Entre los recursos presentes para el automanejo de las mujeres mayas, se puede señalar el institucional, al ser este el primer acercamiento en el que han obtenido su diagnóstico y seguimiento de la enfermedad a través de las consultas médicas y los medicamentos indicados por los médicos.

Sin embargo, la percepción de ellas como derechohabientes del Centro de Salud en la comunidad de Sotuta, ha sido de poca aceptación,

la mayoría refiere la necesidad de recibir una mejor atención por parte de los médicos, pues se ha evidenciado que existe violencia institucional al momento de la consulta. Esto ha afectado en la respuesta de las mujeres mayas al momento de tomar los medicamentos recetados, además de tener miedo por lo que pudiera pasar en el futuro, ya que no sienten la confianza plena de preguntar.

Lo anterior es señalado por Campo y Portillo (2013) en su investigación, denominada El automanejo de los pacientes con diabetes tipo 2, en el que los resultados indican que algunas de las barreras para un automanejo adecuado son motivadas en su mayoría por la falta de conocimiento y entendimiento sobre la enfermedad, falta de atención a la cultura, al idioma, así como, por actitudes equivocadas del profesional sanitario en las consultas con el paciente. De tal manera que, uno de los grandes retos del sistema de salud, considera la implementación de un enfoque intercultural y, por ende, el respeto a los derechos humanos.

En este sentido, al recibir información por parte del personal médico poco reconfortante, la diabetes adquiere en ellas un símbolo de pesar constante, algo que es difícil de sobrellevar y comprender, sobre todo cuando se reciben palabras por parte del personal de salud en la que sienten agresividad, además de que no les son cercanas a su contexto cultural, sino a las prácticas hegemónicas de salud, que tiene un enfoque meramente biológico y no considera la barrera cultural de las mujeres mayas que acuden al servicio, lo cual impacta de manera negativa en la forma en que los profesionales de la salud se dirigen hacia ellas en las consultas, lo cual representa una barrera en el fomento del automanejo de la enfermedad.

Se debe tener en cuenta que el automanejo está ligado a su interacción con otros actores sociales como son las instituciones de salud, su familia y otras personas con el mismo padecimiento, tal como menciona Gallant (2003, como se citó en Grady y Gough, 2018). Así como Lagos-Méndez y Flores-Rodríguez (2014) en su estudio denominado Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital Puente Piedra- Lima, cuyos

resultados arrojaron que la funcionalidad familiar y el automanejo son variables íntimamente relacionadas y que, a su vez, influyen en las actitudes de las personas con respecto a la vivencia de ambas enfermedades.

Ante estas afirmaciones se considera ver a la diabetes más allá de un cuerpo con la enfermedad, es fundamental que las relaciones familiares y el contexto en general de cada mujer maya sea empático con su situación de salud.

En la misma idea, la interacción institucional, familiar y comunitaria fomenta la adquisición de nuevos significados y la reafirmación de conocimientos ya obtenidos por la diabetes, de manera que puede generar mejores resultados si las pacientes están informadas y se otorga un trato digno en su intervención, como sugieren Bernal et al. (2011), para que el impacto en la enseñanza de la enfermedad y sus cuidados sea de mayor relevancia y eficacia.

En el trabajo realizado se identificó una falta de información respecto al padecimiento de la diabetes y de cómo tratarla, estos resultados coinciden con los obtenidos en la investigación de Esquivel (1998), la cual precisa que las personas con diabetes tienen deficiente conocimiento de su padecimiento y carecen de habilidades para la implementación del tratamiento, como es la aplicación de insulina y monitorización de la glucosa, lo cual está relacionado con la necesidad de educar a los pacientes, que en gran porcentaje es incapaz de identificar los síntomas de alta o baja glucosa, además de no saber manejarla.

Como se ha mencionado anteriormente, la deficiente información respecto a la enfermedad puede llevar a las mujeres mayas a pagar costos elevados, además de poner en riesgo su vida. Asimismo, en entrevista con ellas se evidenció que el automanejo no puede ser llevado si se tienen prácticas poco flexibles por parte de la atención médica, ya que en ocasiones el trato se vuelve deficiente al momento de la consulta, y no se brindan herramientas de salud para una mujer maya en el cuidado de su diabetes.

Lo anterior genera que la información obtenida sea errónea, toda vez que alguna persona con buena intención, pero con información incorrecta le dice lo que ha escuchado sobre algún medicamento milagroso o que no pasará nada si consume tal o cual alimento; esto consecuentemente pone en riesgo la salud de ellas, quienes al tener poco o nulo acceso de medios informativos por estar en la comunidad rural van creando sus propias ideas, se consumen medicamentos conocidos entre las personas que padecen diabetes e incluso llegan a compartir aspectos como el número de dosis.

Respecto a los servicios de salud ya lo mencionan Lange et al., (2020) en una investigación realizada denominada: Apoyo al Automanejo, se encuentra que, las deficiencias del sistema de salud, ameritan nuevas estrategias de apoyo a las personas que padecen alguna enfermedad crónica y, de esta forma, logren efectuar el automanejo del padecimiento, de lo contrario es seguir caminando en círculo sin principio ni fin y no llevar a las mujeres mayas a una verdadera salud como es su derecho.

Siguiendo la misma línea institucional de salud, la barrera geográfica también se vuelve un factor en la atención y cuidado de las mujeres mayas de Sotuta, ya que al encontrarse alejadas de la capital del estado, esta situación afecta en la distribución de medicamentos, el traslado a la ciudad de Mérida en casos de emergencias y en el seguimiento adecuado del control por parte de los médicos, al ser cambiados cada determinado tiempo por ser pasantes, lo que conlleva a la falta de una atención individualizada y tener que acudir a un médico privado, pues piensan que el trato es mejor y suelen ser más amables.

Con lo anterior concuerdan Gómez et al. (2011), no obstante, son pocas las mujeres que realmente pueden tener acceso a este tipo de servicios, ya que la principal fuente de empleo es el campo, y este no se encuentra bien remunerado como para cubrir la consulta médica y los medicamentos recetados en el servicio particular. Estos son algunos de los factores que Cevallos y Amores, (2009), mencionan como barreras en el acceso a la salud y que confirman la realidad de la zona maya presente en Sotuta.

Un aspecto importante en el empleo informal de la comunidad por parte de las mujeres son las crisis que suelen tener a lo largo del día a causa de la enfermedad, y que suelen impedirles su desarrollo laboral no solo los trabajos formales remunerados, también en los no remunerados como el hogar, esto se afirma una vez que se ha escuchado a las entrevistadas, quienes afirmaron sufrir ocasionalmente crisis emocionales o de ansiedad, situación que afirma Canul, (2018) en su investigación titulada: Creencias, Género, Ansiedad y su relación con el Automanejo de la Diabetes Tipo 2 en Pachuca, Hidalgo; donde señala que existe mayor presencia de ansiedad en mujeres que en hombres con diabetes, lo que invita a que en posteriores investigaciones se considere la perspectiva de género como categoría para visibilizar a mayor profundidad la situación de las mujeres en comparación con los hombres.

Además de las crisis emocionales, la ansiedad y otro tipo de consecuencias de la diabetes son motivo para un consumo constante de medicamentos los cuales según se obtuvo como resultado de esta investigación, no son fáciles de obtener por los costos económicos que representan o la ausencia del medicamento en la comunidad, ante ello las mujeres mayas crean redes de apoyo con familiares o con el vecindario y para seguir tratamientos que se apegan a medios alternativos de la medicina tradicional, consumiendo té o infusiones de plantas medicinales o frutos.

La cultura familiar de la comunidad se caracteriza por mantener una estrecha relación entre sus pares, ya que en su mayoría suelen convivir todos los miembros en una sola casa, o en un mismo terreno, formándose con una tipología familiar extensa. Las mujeres mayas al enterarse de su diagnóstico con diabetes han encontrado un soporte familiar con el que han podido sobrellevar la enfermedad, y al mismo tiempo, mejorar en su tratamiento, ya que las relaciones familiares suelen ser más apegadas a diferencia de las zonas urbanas, por ello, el impacto de la cultura familiar para el automanejo de la diabetes también se puede ver como un punto de partida para su bienestar o como un factor de apoyo social.

En ese sentido, Maldonado et al. (2019) en su investigación denominada: Automanejo y apoyo social en personas con cronicidad, demostró que existe relación entre el automanejo y el apoyo social, por lo tanto, son de suma importancia las intervenciones de apoyo social adaptadas a contextos y ámbitos en personas con cronicidad. Considerando el contexto como punto importante, se identificó que por el rol social que desempeñan las mujeres, independientemente de que cuenten con apoyo social o no es determinante para su salud.

En respuesta a ese rol se encontró que las mujeres mayas de Sotuta no están exentas de la elaboración de alimentos tradicionales cargados de manteca de cerdo y al ser una costumbre de la familia, es difícil para ellas elaborar una dieta diferente, ya que trastoca los sentimientos de la familia y la reacción de los miembros no siempre es favorable, por tanto, el autocuidado de ellas se ve amenazado.

De lo anterior y a diferencia de lo que afirma Mendoza, Chaparro, gallegos y Carreno (2018), en su investigación denominada: Automanejo en diabetes mellitus tipo 2 desde un enfoque de género: revisión integrativa, donde los resultados arrojaron que las mujeres cumplen mejor con las actividades de autocuidado (alimentación y medicamentos), pero reciben menor apoyo social, en el caso de la población de Sotuta afirman tener apoyo social, no obstante, el autocuidado con frecuencia se encuentra en riesgo.

A pesar de que el autocuidado de las mujeres mayas de Sotuta es deficiente o en algunas ocasiones nulo por el rol social que desempeñan, ellas en su sabiduría de la cultura mayas han encontrado estrategias de automanejo de la enfermedad, mismas que sientan sus bases en la espiritualidad, la fe, la oración, la naturaleza, las amistades, el cariño de quienes las rodean, etc. Es por todo esto que vivir con diabetes en la zona maya es una batalla diaria de las mujeres que la padecen para estar y sentirse bien ya que en su rol de ser madres, abuelas, tías, sobrinas, etc., la demanda es amplia y durante las entrevistas comentaron que es algo que disfrutaban y es relevante para ellas, incluso es su motivo de vivir.

Así, las mujeres al hacer lo posible por apegarse a los lineamientos nutricionales otorgados por los profesionales de la salud reciben comentarios de sus familiares y/o amigos que se invitan a tomarse “un poco de refresco” o “un pedazo de pastel o postre”, o cualquier alimento o bebida alta de azúcares o grasas saturadas que en definitiva incrementan los niveles de glucosa en la sangre. Es menester mencionar que, en los resultados de esta investigación se encontró que las mujeres mayas afirman la existencia de una pérdida de identidad cultural al tener que dejar de acudir a fiestas y reuniones por el hecho de que no pueden consumir lo que en ellos se reparte, teniendo un sentimiento de vacío, prefiriendo quedarse en casa para no tener sentimientos negativos.

Por otra parte, socialmente el aspecto de los alimentos se encuentra instituido como parte de su cultura y suele ser difícil de manejar para ellas, al no encontrarse elementos locales en las dietas prescritas por los médicos y nutriólogos. Por ello, la importancia de los profesionales en nutrición es involucrarse en las cosmovisiones alimenticias de la comunidad para proponer un plan alimenticio más apegado al contexto situacional de las mujeres y sus familias. Dicha propuesta tendría mayor eficacia si se realizaran sugerencias alimenticias en conjunto entre ellas y los profesionales de la salud quienes al conocer sus recursos, contextos y actividades abonarían a un automanejo exitoso de la diabetes.

Respecto al automanejo, las acciones tomadas por las personas involucradas directa e indirectamente en el proceso de salud enfermedad, determinará la respuesta del tratamiento por parte de las mujeres mayas de Sotuta, por lo que serán pieza clave las redes de apoyo entre mujeres que tienen la enfermedad, familia, instituciones y políticas públicas enfocadas al tratamiento de diabetes; como se ha podido observar, estas mujeres cuentan con algunos de estos apoyos por parte de la comunidad, aunque continúan siendo limitados, de aumentar dichos apoyos o fortalecerse podría existir en ellas un mejor automanejo de la diabetes, al sentirse respaldadas.

Como Lange et al. (2013) sugieren al momento de contar con relaciones interpersonales o como afirman Chan et al. (2017) quienes llevaron a cabo el estudio: Entrenamiento de pares comunitarios para

proporcionar apoyo de autocontrol en diabetes tipo 2, donde los hallazgos más importantes son que, los pares comunitarios con conocimientos básicos de la enfermedad comprenden y analizan aspectos prácticos de su cuidado y no de la fisiopatología, lo que facilita su comprensión y resolución.

En la afirmación anterior se plantea que es posible comprender aspectos prácticos del cuidado de las personas con diabetes, entre otros elementos, la información es importante pero para el caso del presente estudio se agregaría la voluntad de las personas para informarse y apoyar decididamente a quienes tienen este padecimiento, asumiendo una responsabilidad social, principalmente cuando se trata de una mujer que es de la propia familia, insistir en determinar que parte de la responsabilidad es acompañar al familiar con diabetes, puesto que es una lucha diaria y para toda la vida, es una lucha individual sino colectiva, en donde lo social adquiere un significado importante.

Empero, las mujeres mayas de Sotuta afirman que “hacen de su parte” para su automanejo de la enfermedad, no obstante, los resultados del presente trabajo apuntan a que se ha depositado en ellas la total responsabilidad de atenderse y tener un óptimo control, cuando se encuentran inmersas en un sistema social que las vulnera y las orilla a que su participación no sea suficiente para sobrellevar la diabetes que padecen. Se requiere actuar colectivamente, verdaderos cambios para un impacto que revierta las estadísticas de casos de diabetes en mujeres mayas, tales como volver al consumo de productos de traspatio, al fortalecimiento del comercio local, trueques, donde la moneda pierde su valor, modificación de formas de alimentación y formas de vida de las personas que integran la familia no solo de la mujer afectada, cabe la pregunta: ¿qué nos toca a cada quien que vivimos con una persona que padece esta enfermedad lacerante y destructiva, donde cabe nuestra responsabilidad civil y moral de comprometernos verdaderamente con esta pandemia mundial?

Bibliografía

- Aké, D. (2013). Experiencias del Paciente Diabético Maya Hablante en los Servicios de Salud de Tizimín, Yucatán. (Tesis de Maestría). Recuperado de <https://catalogoinsp.mx/files/tes/053232.pdf>
- Alonzo, M., Bautista, T., Higuera, J. y Pimentel, J. (2018). El significado de vivir con diabetes tipo 2 en la mujer adulta: dos contextos diferentes. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba.
- Álvarez-Gayou, J. (2003). Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Amnistía Internacional. (2019). *¿Qué son los Derechos Humanos?* Recuperado de <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/derechos-humanos/>
- Amoroz, I. (2011). El Derecho a la Salud en Comunidades Indígenas del Estado de Chiapas. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 6 (11), 8-37. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=906/90618647002>
- Angrosino, M. (2012). Etnografía y observación participante en investigación cualitativa. España: Ediciones Morata.
- Araujo, M., Moraga, C., Chapman, E., Barreto, J., y Llanes, E. (2016). Intervenciones para mejorar el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 40, 371-381. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n5/371-381/es>
- Arteaga, C., y Solís, S. (2001). *La política social en la transición*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Trabajo Social.
- Arteaga, O. (2006). Investigación en salud y métodos cualitativos. *Cienc. Trab*, 151-153. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-452481?lang=es>
- Bassi, J. (2015). El código de transcripción de Gail Jefferson: adaptación para las ciencias sociales. *Quaderns de Psicologia*, 17(1), 39-62. Recuperado de <https://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/v17-n1-bassi/1252-pdf-es>
- Barrera, L. (2013). El concepto de la Cultura: definiciones, debates y

- usos sociales. *Revista de Clases historia*, (2), 2. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5173324>
- Barrionuevo, M., y Padrones, M. (2012). *Apoyo al automanejo*. En Ministerio de Salud de la Nación, *Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No transmisibles*. Recuperado de <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento147.pdf>
- Be-Canul, J. (2019). La medicina de los pobres: una riqueza de las comunidades del Estado de Yucatán ante los desafíos de la modernidad. En J. Méndez, M. Perea y R. García. *Redes Temáticas y Perspectivas de Intervención de Trabajo Social en la Nueva Era*. (pp. 333- 345). México: Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social, Universidad Autónoma de Yucatán
- Bernal, M., Ramírez, A. y Ramírez, G. (2011). Percepción de trato digno de usuarias que acuden al servicio de interrupción legal del embarazo (ILE). *Enfermería universitaria*, 8(3), 21-27. Recuperado de: www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n3/v8n3a4.pdf
- Betancur, J. (2019). Barreras de Género para la participación social. Un análisis desde la percepción de los habitantes de la comunidad de Sotuta, Yucatán. (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán.
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: HORA S.A.
- Blumer, H., & Mugny, G. (1993). *Psicología Social Modelos de Interacción*. Buenos aires: Centro Editor América Latina.
- Bonal, R., y Cascaret, X. (2009). ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas? Acercamiento a su análisis e interpretación. *MEDISAN*, 13(1). Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/262428354_Automanejo_autocuidado_o_autocontrol_en_enfermedades_cronicasAcercamiento_a_su_analisis_e_interpretacion/link/5803af8908ae23fd1b689f18/download
- Borgianni, E. y Montaña, C. (2004). *La política social hoy*. Sao Paulo, Brasil: Cortez Editora.
- Burke, P. (2004). *¿Qué es la historia cultural?* Madrid: Alianza Editorial.
- Calabrese, J. (1997). La curación espiritual y desarrollo humano en la iglesia nativa americana: Hacia una psiquiatría de la cultura Peyote. *Psychoanalytic Review*. 84 (2), 237-255.

- Cameron, J., Worrall-Carter L., Page, K y Stewart, S (2010). Conductas de autocuidado e insuficiencia cardíaca: ¿la experiencia con los síntomas realmente hace una diferencia? *Revista europea de enfermería cardiovascular* 9, 92 – 100.
- Campo, N., y Portillo, M. (2013). El automanejo de los pacientes con diabetes tipo 2: una revisión narrativa. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36(3), 489-504. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v36n3/14_revisiones.pdf
- Campos, R., Torres, D., Arganis, E., y Sabido, C. (2001). Autoterapias complementarias de adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas. *Rev. méd. IMSS*, 15-19. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-306557>
- Canul, L. (2018). *Creencias, Género, Ansiedad y su relación con el Automanejo de la Diabetes Tipo 2 en Pachuca, Hidalgo*. Recuperado de <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/2423>
- Carabaña, J., y Lamo, E. (1978). La teoría social del interaccionismo simbólico: análisis y valoración crítica. *Revista de Investigaciones Sociológicas REIS*, 1, 159-203. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/40176726?seq=1>
- Caron, C y Bowers, B. (2000). Methods and application of dimensional analysis: A contribution to concept and knowledge development in nursing. *Concept development innursing: Foundations, techniques, and applications*, 2, 285-319.
- Castro, M. (2008). La universalización de la condición indígena. *Alteridades*, 18(35), 21-32. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/alte/v18n35/v18n35a3.pdf>
- Castro, V. (2008). Una mirada a la ciudadanía. Presencias y Ausencias de los derechos sociales en las actuales propuestas de políticas sociales: un análisis desde el plan CAIF. (Tesis de licenciatura). Universidad de la República. Recuperado de: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18607/1/TTS_CastroL%20C3%B3pezValeria.pdf
- Centro de Análisis de en Políticas Públicas México Evalúa. (2011). *El gasto en Salud en México: en el marco de la Cobertura Universal*. Recuperado de https://www.mexicoevalua.org/mexicoevalua/wp-content/uploads/2016/05/MEX_EVA-INHOUS-GASTO_SALUD-

LOW.pdf

- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CEFP). (2015). Nota informativa 014: Medidas fiscales y extrafiscales para contrarrestar el consumo de bebidas saborizadas en México. México: LX11 Legislatura, Cámara de Diputados.
- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. (2018). Medición de la pobreza multidimensional y Gasto en Ramo 33 (2010 y 2015). Recuperado de <https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/presentaciones/2018/precefp0062018.pdf>
- Cevallos, R., y Amores, A. (2009). Prestación de Servicios de Salud en zonas con pueblos indígenas. Recomendaciones para el Desarrollo de un Sistema de Licenciamiento y Acreditación de Servicios Interculturales de Salud en el marco de la Renovación de la Atención Primaria de la Salud. Sede Académica La Paz, Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.bo/handle/54000/1224>
- Chan, J., Yam, A., Gómez, P., y Aké, D. (2017). Entrenamiento de pares comunitarios para proporcionar apoyo de autocontrol en diabetes tipo 2. *Revista CuidArte*, 9(18). Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/76670>
- Charon, J. (2004). *Symbolic interactionism*. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Chica, P, y Plasencia, M. (2019) Conocimientos, prácticas y costumbres en las familias del paciente diabético tipo 2 y su repercusión en el control de la diabetes en los centros de salud de puerto quito. (tesis de especialidad). Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16915/TESIS%20FINAL%20PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2017). Resumen gráfico de las principales ideas y conceptos del informe: “Las Mujeres Indígenas y sus Derechos Humanos en las Américas” (2017). Recuperado de <https://www.oas.org/es/cidh/indigenas/docs/pdf/Brochure-MujeresIndigenas.pdf>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2015). *El derecho a la salud de los pueblos indígenas: servicio y atención en las clínicas*

- de las comunidades. Recuperado de <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/04-Salud-Pueblos-Indigenas.pdf>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2019). Estudios sobre el cumplimiento e impacto de las Recomendaciones Generales, Informes Especiales y Pronunciamientos de la CNDH 2001-2017: Tomo X. Derecho a la Protección de la Salud. Recuperado de: <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-10/Estudio-Recomendaciones-Generales-Informes-Pronunciamientos-Tomo-X.pdf>
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2014). *Programa Especial de Pueblos Indígenas 2014-2018*. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/32305/cdi-programa-especial-pueblos-indigenas-2014-2018.pdf>
- Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México CONAPRED.(2018). Pueblos Indígenas y sus Integrantes. Recuperado de <https://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5a1/efe/2d9/5a1efe2d9536d568189415.pdf>
- CONACYT. (2019). *Somos lo que bebemos: impacto de las bebidas azucaradas en los pueblos originarios de Chiapas*. Recuperado de <https://www.conacyt.gob.mx/index.php/comunicacion/ciencia-para-la-sociedad/notas-informativas/1166-somos-lo-que-bebemos-impacto-de-las-bebidas-azucaradas-en-los-pueblos-originarios-de-chiapas>
- Congreso de la Unión. (2020). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2020). Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_060320.pdf
- Congreso de la Unión. (2021). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_110321.pdf
- Consejo Nacional para Prevenir la discriminación CONAPRED. (2020). Discriminación e Igualdad. Recuperado de: https://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id_opcion=142&op=142
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL. (2016). *Medición de la pobreza. Obtenido de índice de*

- rezago social 2015 a nivel nacional, estatal y municipal*. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Indice_Rezago_Social_2015.aspx
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2018). *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social* (2018). Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Paginas/IEPDS-2018.aspx>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2018). *Estudio de Diagnóstico del Derecho a la salud* Recuperado de https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf
- Cubillas, I. (2014). Término crimipedia: Interaccionismo simbólico. Centro para el estudio y prevención de la delincuencia. *Revista Crímina*, 2-7. Recuperado de <https://docplayer.es/52187552-Termino-crimipedia-interaccionismo-simbolico.html>
- Da Silva, I, Melo, S., Castanheira, L. (2008). Red y apoyo social en enfermería familiar: revisión de conceptos. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16(2). Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_24.pdf
- De Córdova, M., Reyes, G., Krederdt, S., Flores, F., Resendiz, E., y Chávez, E. (2015). Automanejo en Enfermedades Crónicas: Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial y Cáncer. *Revista de Investigación*, (4), 43. Recuperado de http://reddeautomanejo.com/assets/automanejo_en_enfermedades_cronicas.pdf
- De León, M., Peñarrieta de Córdova, M., León- Hernández, R., Gutiérrez- Gómez, T., Piñones-Martínez, M., y Quintero-Valle. (2019). Relación entre Automanejo y Síntomas Depresivos en Personas con Diabetes e Hipertensión. *Enfermería Universitaria*, 17(1). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/340215332_Relacion_entr_e_automanejo_y_sintomas_depresivos_en_personas_con_diabetes_e_hipertension.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), ENSANUT,

- <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/informes.php>
- Esquivel, G. (1998). *Educación Individualizada en el Automanejo de la Diabetes*. (Tesis de Maestría). Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/7900/1/1020124904.PDF>
- Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres de las Naciones Unidas UNISDR. (2009). Terminología sobre Reducción del Riesgo de Desastres. Recuperado de: https://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologySpanish.pdf
- Federación Mexicana de Diabetes A.C. (2016). Estadísticas en México. Recuperado de: <http://fmdiabetes.org/estadisticas-en-mexico/>
- Fernández, I., Fernández, J., Celis., y Sosa. (2018). Mi vida antes y después del diagnóstico de la diabetes tipo 2. *Revista Salud y Bienestar Social*. 1(1)-94-114. Recuperado de <http://40.71.171.92/bitstream/handle/123456789/1012/Mi%20vida%20antes%20y%20de%20spu%C3%A9s%20del%20diagn%C3%B3stico%20de%20la%20diabetes%20tipo%202.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Flores, S., Mendoza, L., Vieyra, W., Moreno, E., Bautista, A., y Reyes, H. (2019). La condición indígena en los servicios de salud: comparación de la calidad en la atención 2012-2018 para la población en pobreza. *Salud pública de México, México*, 61(6, nov-dic), 716-725. Recuperado de <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10562>
- Funnell, M y Anderson, R. (2004) Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical Diabetes* 22, 123–127. Recuperado de: <https://clinical.diabetesjournals.org/content/22/3/123>
- Gadea, C. (2018). El interaccionismo simbólico y sus vínculos con los estudios sobre cultura y poder en la contemporaneidad. *Sociológica*, 33(95), 39-64. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v33n95/2007-8358-soc-33-95-39.pdf>
- Gallardo, E. (2014). Utilización del programa de análisis cualitativo ATLAS.ti para gestionar y analizar datos. Recuperado de: <https://atlasti.com/2014/06/12/utilizacion-del-programa-de-analisis-cualitativo-atlas-ti-para-gestionar-y-analizar-datos>
- García, L., Santoncini, C., y Martínez, L. (2015). El proceso de

- autorregulación de la alimentación en diabetes tipo 2. *Revista "Alternativas en Psicología"*, 19(33), 32. Recuperado de <https://alternativas.me/attachments/article/98/Alternativas%20en%20Psicolog%C3%ADa.%20N%C3%BAmero%2033%20-%20Agosto%202015%20-%20Enero%202016.pdf#page=32>
- García, R. y Suárez, R. (2007). La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Endocrinología*, 18(1) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532007000100005&lng=es&tlng=es.
- Geertz, C. (1973). *La Interpretación de las culturas*. España: Gedisa S.A..
- Gil-Lacruz, M. (2007). *Psicología social: Un compromiso aplicado a la salud*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Giménez, G. (2005). *Teoría y análisis de la cultura*. México: CONACULTA.
- Gobierno del Estado de Yucatán. (2018). *Plan Estatal de Desarrollo 2018-2024*. Recuperado de https://www.yucatan.gob.mx/docs/transparencia/ped/2018_2024/2019-03-30_2.pdf
- Gómez, L., y Quintal, R. (2019). Reflexiones sobre los cuerpos negados: mujeres mayas contemporáneas en Tahdziú, México. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), (32),40-64. Recuperado de: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-64872019000200040&script=sciarttext>
- Gómez-Aguilar, DS., Ávila-Sansores, G., y Candila-Celis, J. (2012). Estilo de vida y control metabólico en personas con diabetes tipo 2, Yucatán, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20(3), 123-129. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim123b.pdf>
- Gómez-Aguilar, P., Yam-Sosa, A., y Martín-Pavón, M. (2010). Estilo de vida y hemoglobina glucosilada en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 18(2), 81-87. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-de-enfermeria-del-instituto-mexicano-del-seguro-social/articulo/estilo-de-vida-y-hemoglobina-glucosilada-en-la-diabetes-mellitus-tipo-2>

- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53.
- Gómez, M. (2006). Introducción a la metodología de la investigación científica. Córdoba: Brujas.
- Grady, P. y Gough, L. (2018). El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37, 187-194. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9181/v37n3a09.pdf?sequence=1>
- Ham, P., Embriz, A., Medina, M., Serrano, E. (2006). Indicadores con perspectiva de género para los pueblos indígenas. México: CDI, INMUJERES. Recuperado de: https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/2_genero/15.pdf
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Fundamentos de metodología de la investigación* (6ª ed.). México: McGraw-Hill.
- INMUJERES. (2006). Las Mujeres Indígenas de México: Su contexto socioeconómico, demográfico y de salud. Instituto Nacional de las Mujeres Consejo Nacional de Población Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
- INMUJERES (2012). Diagnóstico con perspectiva de género de la situación y condición de las mujeres indígenas de las cinco principales etnias en el Estado de México: Mazahua, Otomí, Náhuatl, Matlatzinca y Tlahuica. México: Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/EdoMex/MEX_MA11_DX_MUJERES_INDIGENAS_12.pdf
- IMSS. (2012). *PROGRAMA IMSS-OPORTUNIDADES LIBRO BLANCO 2007-2012*. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/transparencia/rendicion/2006-2012/LB-IMSS-Oportunidades.pdf>
- IMSS. (2019). *IMSS-BIENESTAR Programa Exitoso que Atiende a Comunidades Rurales e Indígenas del País sin Seguridad Social*. Recuperado de <https://www.gob.mx/imss/articulos/imss-bienestar-programa-exitoso-que-atiende-a-comunidades-rurales-e-indigenas-del-pais-sin-seguridad-social-zoe-robledo?idiom=es>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2015).

- Información por entidad: Yucatán.* Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/Yuc/Poblacion/>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2020). *Inmujeres reconoce los aportes de las mujeres indígenas y llama a revertir las desigualdades que enfrentan.* Recuperado de <https://www.gob.mx/inmujeres/prensa/inmujeres-reconoce-los-aportes-de-las-mujeres-indigenas-y-llama-a-revertir-las-desigualdades-que-enfrentan?idiom=es>
- Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (2019). *Programa Nacional de los Pueblos Indígenas 2018-2024.* Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/423227/Programa-Nacional-de-los-Pueblos-Indigenas-2018-2024.pdf>
- Instituto Nacional de Pueblos Indígenas. (2018). *Mujeres Indígenas: Datos Estadísticos En El México Actual.* Recuperado de <https://www.gob.mx/inpi/es/articulos/mujeres-indigenas-datos-estadisticos-en-el-mexico-actual?idiom=es>
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. Resultados por entidad federativa, Yucatán. México.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2013). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012. Resultados por entidad federativa, Yucatán. México.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016. Informe final de resultados. México.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018-2019. Resultados Nacionales. México.* Recuperado de https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- Izcara Palacios, S.P. (2014). *Manual de investigación cualitativa.* México D.F.: Fontamara.
- Lagos-Méndez, H., y Flores-Rodríguez, N. (2014). Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra- Lima. *Cuidado y salud: Kawsayninchis*, 1(2), 85-92. Recuperado de http://revistas.urp.edu.pe/index.php/Cuidado_y_salud/article/view/1111

- Lange, I., Bustamante, C., Alcayaga, M., Herrera, L., Ferrer, L., Campos, S., y Urrutia, M., (2020). Del autocuidado al automanejo: la escuela de Enfermería UC en la vanguardia del cuidado crónico. *Revista Horizonte de Enfermería*, 26(2), 37-46. Recuperado de http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/262/2_del_autocuidado_al_automanejo_reflexion.pdf
- Lange, I., Campos, S., y Vargas, I. (2013). Automanejo de enfermedades no transmisibles: una tarea compartida entre usuarios y equipo de salud. Ministerio de la salud: Gobierno de Chile. Recuperado de: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/018.Automanejo-de-Enfermedades-no-Transmisibles.pdf>
- Ledón Llanes, L. (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Revista Cubana de Endocrinología*, 23(1), 76-97. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007
- León, R., Peñarrieta, M., Gutiérrez, T., Banda, O., Flores, F., y Rivera, M. (2019). Predictores del comportamiento de automanejo en personas con enfermedades crónicas de Tamaulipas. *Enfermería universitaria*, 16(2), 128-137. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v16n2/2395-8421-eu-16-02-128.pdf>
- Lerin, S. (2017). Recursos institucionales para diabéticos mayahablantes de Tizimín (Yucatán). Carencias y logros en los Grupos de Ayuda Mutua (GAM). *Revista pueblos y fronteras digital*, 12(23), 77-98. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rpfd/v12n23/1870-4115-rpfd-12-23-00077.pdf>
- Leyva-Flores, R., Infante-Xibille, C., Gutiérrez, J., y Quintino-Pérez, F. (2013). Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. *Salud Pública de México*, 55, S123-S128. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a8.pdf>
- López, J., Dennis, R., y Moscoso, S. (2009). Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. *Revista de salud pública*, 11, 432-442.
- López, R y Ávalos, M. (2013). Diabetes mellitus hacia una perspectiva

- social. *Revista cubanade salud pública*, 39(2), 331-345. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2013.v39n2/331-345/es>
- López, O., y Jarillo, E. C. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cuadernos de Saúdde Pública*, 33. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33suppl2/e00087416/>
- Lorig, K., y Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 26(1), 1-7. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12867348/>
- Macías, M., Madariaga, C., Valle, M., y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=213/21328600007>
- Maldonado, G., León, R., Banda, O., Carbajal, F., Peñarrieta, I., e Ibarra, C. (2019). Automanejo y apoyo social en personas con cronicidad. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, (99), 4. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=712532>
- Malinowski, B. (1975). La Cultura. En J. S. Kahn (Comp.) *El concepto de cultura: (1959)*, y *Goodenough (1971)*. Barcelona: Anagrama.
- Malinowski, B. (1984). *Una teoría física de la cultura*. Madrid: Sarpe.
- Martínez, M. (2013). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de investigación en psicología*, 9(1), 123-146. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4033>
- Martínez Miguélez, M. (2002). *La etnometodología y el interaccionismo simbólico: sus aspectos metodológicos específicos*. Recuperado de http://prof.usb.ve/miguelm/laetnometodologia.html#_ftn1
- Mason, J. (1996). *Qualitative Researching*. Londres: Sage.
- Mayol, A., y Azócar, C. (2014). *Metodología Cualitativa I*. Universidad Gabriela Mistral. Recuperado de www.albertomayol.cl/wp-content/uploads/2014/08
- Mead, G. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mead, G. (1982). El interaccionismo simbólico: Perspectiva y Método.

Madrid: HORA S.A.

- Medina, J., Medina, I., Candila, J y Yam, A. (2018). Saberes y prácticas de una población rural maya con Diabetes Mellitas tipo II sobre las plantas medicinales. *Enfermería Comunitaria. Revista de SEAPA*, 6 (2): 76-91. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6490895>
- Medrano, A. (2013). *El modo de vida tradicional*. Recuperado de <https://cutt.ly/jyIzKeO>
- Mendoza, F., Maldonado, S. y Heredia, G. (1992). Costumbres y hábitos alimenticios en Yucatán. Patrón de consumo de alimentos de la clase media de la ciudad de Mérida. *Revista Biomédica*, 3(1), 40-44.
- Mendoza, G., Chaparro, L., Gallegos, E., y Carreno, S. (2018). Automanejo en diabetes mellitus tipo 2 desde un enfoque de género: revisión integrativa. *Enfermería universitaria*, 15(1), 90-102. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632018000100090&lng=es&nrm=iso
- Montemayor, C. (2000). *He venido a contradecir la cosmovisión de los pueblos indígenas actuales, desacatos*. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n5/n5a7.pdf>
- Monfort, J. (2011). La Cultura en Ortega: ámbito en el que se realiza la vida humana. (Tesis doctoral). Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Filosofia-Jmmonfort/Documento.pdf>
- Ocampo, D. (2017). Barreras en la no continuidad en el tratamiento de pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Hospital General de México. (Tesis de Maestría).
- OMS. (1998). *Healthy nutrition: an essential element of a health promoting*. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/healthy-nutrition-an-essential-element-of-a-health-promoting-school>
- OMS. (2016). *Informe Mundial sobre la Diabetes*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=1C503B1E558AF79D666EDAB7516A81B3?sequence=1>
- Organización de las Naciones Unidas. (2019). *¿Qué son los*

- derechos humanos?* Recuperado de <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/human-rights/index.html>
- OPS. (2012). *Curso de Apoyo al auto-manejo de la en Diabetes*. Recuperado de <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso-virtual-de-apoyo-al-auto-manejo-en-diabetes>
- OPS. (2014). *Cobertura Universal de Salud. Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es#:~:text=El%20acceso%20universal%20a%20la,as%C3%AD%20como%20a%20medicamentos%20
- Pacheco, G. (2016). Estudio Etnofarmacológico de la Flora Medicinal Empleada por los Médicos Tradicionales Mayas para el Tratamiento de la Diabetes en el Estado de Yucatán (Tesis doctoral). Recuperado de https://cicy.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1003/1149/1/PCB_RN_M_Tesis_2016_Pacheco_Genesis.pdf
- Parsons, W. (2007). El estado de los métodos y herramientas para los sistemas sociales cambia. *Revista estadounidense de psicología comunitaria*, 39 (3-4), 405-409.
- Parra, O. (2003). *El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales*. Recuperado de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/27803.pdf>
- Paterson BL y Thorne SE (2000) Evolución del desarrollo de la experiencia en el autocontrol de la diabetes. *Investigación en enfermería clínica* 9, 402 – 419.
- Pavia, N., Cabrera, Z., Briceño, M., Y Vera, L. (2014). Plato del Bien Comer Maya para Personas Viviendo con Diabetes en comunidades rurales de Yucatán, México. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 4(8). Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/17944>
- Pech, E., Baeza, B., y Ravell, P. (2010). Factores que inciden en el fracaso del tratamiento del paciente diabético en Tekax, Yucatán, México. *Revista de Especialidades Médico- Quirúrgicas*, 15(4), 211-215. Recuperado de

- <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2010/rmq104e.pdf>
- Peñarrieta, I., Olivares, D., Gutiérrez, T., Flores, F., Piñones, M., y Quintero, L. (2014). Automanejo en personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el primer nivel de atención. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*, 5(3), 54-62. Recuperado de <http://reddeautomanejo.com/assets/automanejo-diferencias-hiper-y-diab-mexico.pdf>
- Peñarrieta, M., León, R y Gutiérrez, T. (2018). *El Automanejo en Personas con Enfermedades Crónicas: El Caso de México y Perú*. Recuperado de http://reddeautomanejo.com/assets/libroautomanejo_28feb2018_sin_fotosnimapas.pdf
- Perén, H. (2007). *Rescate de la medicina Maya e incidencia para su Reconocimiento social y político. Estudio de caso Guatemala*. Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/mayan_medicine_2007_es.pdf?ua=1
- Prior, K. N., & Bond, M. J. (2004). The roles of self-efficacy and abnormal illness behaviour in osteoarthritis self-management. *Psychology, health & medicine*, 9(2), 177-192.
- Programa Nacional de Salud 2007-2012. (2012) *Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ProNalSalud-2007-2012.pdf>
- Restrepo, E. (2016). *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Bogotá: Envió editores. Recuperado de <http://www.ramwan.net/restrepo/documentos/libro-etnografia.pdf>
- Ritzer, G. (1997). *Teoría sociológica contemporánea* España: Mc Graw-Hill Interamericana de España. Recuperado de: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/teoria_sociologica_contemporanea_ritzer_george.com\).pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/teoria_sociologica_contemporanea_ritzer_george.com).pdf)
- Romero, I., Dos Santos, M., Martins, T., y Zanetti, M. (2007). Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. *Rev. Latino-Am.*18(6), 1-9. Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_21.pdf
- Rosado G., Álvarez N. y, González R. (2001). Influencia de la herencia

- maya sobre el riesgo de diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9(3), 122-125. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er013b.pdf>
- Ruiz, J. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa* (Vol. 15). España: Universidad de Deusto.
- Santamaria, Y., Cabriales, E., Valverde., y Luna, N. (2017). Teoría de automanejo y control glucémico en adultos con diabetes mellitus tipo 2. *Journal Health NPEPS*, 2(2), 444-456. Recuperado de <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1053100/2155-8875-4-pb.pdf>
- Schwandt, T. A. (1994). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. *Handbook of qualitative research*, 1, 118-137.
- Secretaría de Salud. (2012). Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ProNalSalud-2007-2012.pdf>
- Secretaría de Salud. (2019). *Programa Sectorial de Salud 2019-2024*. Recuperado de http://saludsinaloa.gob.mx/wpcontent/uploads/2019/transparencia/PROGRAM_SECTORIAL_DE_SALUD_2019_2024.pdf
- Secretaría de Salud (2019). *Atención primaria a la salud: nueva política para los mexicanos*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/articulos/atencion-primaria-a-la-salud-nueva-politica-para-los-mexicanos?idiom=es>
- Secretaría de Salud. (2019). Interculturalidad salud. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/interculturalidad-en-salud-227162?state=published>
- SEDESOL (2014). Reglas de Operación del Programa para el Desarrollo de Zonas prioritarias (PDZP), para el ejercicio fiscal 2014. México: Diario Oficial de la Federación.
- Tanner EK. (2004) Atención médica domiciliaria. Las enfermedades crónicas exigen el autocuidado en los adultos mayores. *Enfermería geriátrica* 25, 313 - 317.
- Théodore, F., Blanco-García, I. y Juárez-Ramírez, C. (2019). ¿Por qué tomamos tanto refresco en México? Una aproximación desde la interdisciplina. *Inter disciplina*, 7(19), 19-45. Recuperado de

- <http://revistas.unam.mx/index.php/inter/article/view/70286#:~:text=Beber%20refresco%20perjudica%20tanto%20la,mantos%20fre%C3%A1ticos%20y%20su%20entorno.>
- Toledo, V. M., Barrera, N., y Boege, E. (2019). ¿Qué es la diversidad biocultural? . *Morelia: Universidad Nacional Autónoma de México*. Recuperado de: https://patrimoniobiocultural.com/archivos/publicaciones/libros/Que_es_la_diversidad_biocultural.pdf
- Vall-Casas, A. y Rodríguez, C. (2008). "El derecho a la información del paciente: una aproximación legal y deontológica". *BiD: textos universitarios de biblioteconomía i documentació*, 21. Recuperado de: <http://bid.ub.edu/21/vall2.htm>
- Vela, T. (2018). *Nivel de Automanejo en los Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, Según Sexo, en los Servicios de Podología y Endocrinología*. (Tesis de Licenciatura). Recuperado de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1683>
- Wallace, S. P., y Enriquez-Haass, V. (2001). Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10, 18-28. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2001.v10n1/18-28/>

Vivir con diabetes, la voz de las mujeres mayas; un análisis desde el Trabajo Social, se terminó de imprimir en la Ciudad de Mérida Yucatán, el 10 de mayo de 2023. La edición electrónica será publicada en la página web de La Académica Nacional de Investigación en Trabajo Social; www.acanits.org



La población indígena de México ha estado en desventaja en distintos ámbitos de su vida, ello debido a los altos índices de pobreza y derechos trasgredidos que posicionan a las personas indígenas en un nivel de bienestar por debajo de

los estándares nacionales e internacionales. De lo anterior, el Instituto Nacional de las Mujeres INMUJERES (2006) señala que esta situación afecta de distintas maneras a los pueblos indígenas, pero que las desigualdades por condición de género hacen que las mujeres indígenas presenten mayores desventajas sociales que limitan su capacidad de desarrollo humano; ello sitúa a esta población indígena en una condición de precariedad que dista de una vida digna, donde los derechos sociales como la educación, salud, trabajo, vivienda y demás, son violentados continuamente.

Gracias a las constantes luchas y aportaciones de las mujeres en cuanto al tema de derechos se han conseguido logros importantes en su defensa y promoción para garantizar elgoce pleno en la población indígena; y es que, al hablar de derechos humanos de los pueblos indígenas, es indispensable retomar la constante violación que tiene a sus garantías, y de loscuales el más transgredido es el acceso a los servicios de salud pública.

Por su parte, en el caso de México, la diabetes se ha convertido en uno de los principales problemas de salud en menos de medio siglo; es decir, a partir del año 2000 es laprimera causa de muerte en las mujeres y la segunda en los hombres. Además, es la causa más frecuente de incapacidad prematura, ceguera y amputaciones de extremidades no causadas por traumatismo, esto es que, padecerla representa posibilidad de complicaciones mayores a largo plazo al ser una enfermedad crónico-degenerativa.