



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**PADECER DIABETES Y SER MUJER  
YANGUENSE  
PATRONES CULTURALES FEMENINOS  
Y SU IMPLICACIÓN EN LA ENFERMEDAD**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :  
ENRIQUETA PÉREZ SALGADO**

**JURADO**

**TUTOR: DR. MARCO ANTONIO CARDOSO GÓMEZ**

**ASESOR: DR. CARLOS SERRANO SÁNCHEZ**

**MTRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLEN RIEBELING**

**MTRA. MARÍA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO**

**LIC. CARLOS ALEJANDRO CAMPOS ROMÁN**



**PAPIIT-IN308406-2**

**PAPIIT-IN307307**

**EDOMEX-2005-CO1-29**

**OCTUBRE 2007**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Gracias Florentino, por enseñarme otra parte de mi cultura, por permitirme conocer un poco más de nuestras raíces, sobre todo por abrirme las puertas de un mundo poco conocido y reconocido: el mundo de los negros mexicanos.*

*Mi eterno agradecimiento a FLORENTINO VÍRGEN CASTRO*

Se agradece a la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) de la Universidad Nacional Autónoma de México por el apoyo otorgado para la realización de esta tesis, mediante el financiamiento al proyecto *Yanga: cultura y salud en una comunidad afroestiza de México*, PAPIIT IN308406-2.

También se le agradece el apoyo al proyecto *Gestación y desarrollo poblacional en la región Córdoba – Veracruz*, PAPIIT IN307307 y al proyecto *Atención Multidisciplinaria a personas adultas con diabetes tipo 2. Hacia la modificación de los estilos de vida*, EDOMEX-2005-C01-29 del programa Fondos Mixtos CONACYT-Estado de México del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

*Esta tesis es tuya, es una pequeña manera se recordarte lo valiosa que eres para mí, por que sin ti, jamás habría llegado a donde estoy hoy... gracias Dolores por ser mi mamá en las buenas y en las malas...*

*Para un hijo, la lagrima de una madre es oro... tu me has dado tantas, que son inmensamente rica.*

*Las penas que vivimos, nos hicieron fuertes para disfrutar las alegrías que hemos tenido, por ello, hoy quiero dedicarles a ustedes: Ceci, Vero, Tana y Beto, mi familia, el trabajo que sin su ayuda no habría logrado... tan sólo, por que la vida sin ustedes que vida sería...*

*La familia nace con dos personas, crece con amor, se reproduce con alegrías y penas, pero jamás muere, por que siempre habrá más de dos personas que la cuiden...*

*Escuchar, conversar, observar, tocar, sentir, disfrutar y vivir, es algo que muy pocas personas aprenden hacer, tú que si lo sabes, continúa enseñándome, por que si hay que reconocerle a una persona el término de esta tesis, ese, serías tú Iván, ya que el apoyo que continuamente me das, es tan inmenso, que me ha permitido terminar este proyecto... gracias por cada palabra de aliento que me ha mantenido en pie...*

*Cada amanecer que recuerdes, es un día que viviste con alegría, hoy llegada la noche, recuerda la alborada de esta mañana, para que no olvides que si amanece tarde para ti, es por que los gozos de hoy son mayores a los de ayer.*

*A través del tiempo, tu voz siempre ha estado ahí, para ayudarme, reprenderme, aconsejarme y motivarme... creo que hoy es un buen momento para agradecértelo, Ernesto...*

*La vida nos da tantas cosas, que sólo el tiempo se puede llevar, por ello hay que procurar acompañarnos de éste en nuestro diario caminar, para que llegado el momento hayamos disfrutado de lo vivido a tiempo.*

*Como agradecer con palabras todo lo que me han dado: cobijo en las noches frías, consuelo en los días tristes, consejos en las tempestades, ayuda en los desastres, cariño en las angustias y afecto todos los días de mi vida... Rosa, Flaviano, Paulina, Miguel, Maria y Jenny...*

*Cada sonrisa que damos, ayuda a no arrugar la cara, pero cada sonrisa que regalamos, ayuda a que no envejezca el corazón...*

*Pris: sólo quiero pedirte, que nunca olvides todo lo que nos ha formado y nos seguirá formando, por que sin esas caídas, jamás nos habríamos dada la mano...*

*Te agradezco: por cada primavera llena de alegrías que hemos vivido, por cada verano lleno regocijos que hemos disfrutado, por cada otoño que ha desprendido lo que ahora ya no nos sirve y por todos los inviernos que nos ayudan a decir adiós al pasado y a recibir al futuro...*

*Si crees que no hay un agradecimiento para tí, te equivocas, por que hay cosas que no se pueden transmitir con palabras, ésta es una de ellas... gracias por todas las alegrías y también por las penas que nos han traído ha donde hoy estamos... Trini, Elizabeth, Edgar y Sabino.*

*A todas aquellas personas que han estado a mi lado a través del tiempo, quiero agradecerles sus enseñanzas y motivaciones, por que si no hubieran cruzado junto a mí, hoy mi lugar sería otro, gracias: amigos, compañeros, maestros...  
Dr. Marco A. Cardoso te agradezco el darme la oportunidad de conocer una manera de observar nuestro alrededor y no sólo verlo.*

*Por ultimo, pero no menos importantes quiero hacer un agradecimiento especial a todas las participantes, que me ayudaron a conocer un poco de su vida, sobre todo por que gracias a ustedes comprendí aspectos de la mujer que aún no tenía claros.*

*La vida nos lleva de la mano, procura jamás soltarla... se ira sin tí...*

## ÍNDICE

	Páginas
DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTOS	III
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
<b>CAPÍTULO 1. - PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LA DIABETES</b>	
<b>TIPO 2</b>	11
Epidemiología Mundial	11
Países con mayor cantidad de enfermos diabéticos	12
Diabetes tipo 2 en población afroamericana y latina	14

Epidemiología en México	15
Mortandad por diabetes	16
Pronóstico para la diabetes en nuestro país	17
Gastos institucionales	18
Obesidad, factor de alto riesgo	19
Incidencia en mujeres	20
Mujeres y diabetes en México	22
<b>CAPÍTULO 2.- DIABETES TIPO 2</b>	24
Definiciones de la diabetes tipo 2	24
Complicaciones de la enfermedad	26
Factores que favorecen la aparición de la diabetes tipo 2	28
Áreas implicadas en el tratamiento y control de la diabetes tipo 2	30
Tratamiento médico	30
Atención en enfermería	31
Nutrioterapia	32
Tratamiento odontológico	33
Tratamiento psicológico	34
<b>CAPÍTULO 3.- TRATAMIENTO PARA LA DIABETES TIPO 2</b>	36
Adherencia terapéutica	36
Diabetes y educación para la salud	39
Padeecer una enfermedad crónica degenerativa	42
<b>CAPÍTULO 4.- CULTURA Y DIABETES TIPO 2</b>	46
Cultura, estructura superior al cuidado de una enfermedad crónico-degenerativa	46
Patrones femeninos, cuidadores de la cultura y no de la diabetes	51
<b>CAPÍTULO 5. - INVESTIGACIÓN CUALITATIVA</b>	56
¿Qué es la investigación cualitativa?	56
Algunos métodos utilizados en la investigación cualitativa	58
Observación participante	59
Método Fenomenológico	61

Teoría Fundamentada	62
Etnografía	63
Técnicas empleadas en los métodos cualitativos	63
Entrevistas en profundidad	64
Registros observacionales	65
Grabaciones en audio y video	65
Notas de campo	66
Diario de campo	67
<b>CAPÍTULO 6. - EL AFROMESTIZO: COMPONENTE DEL MEXICANO</b>	<b>68</b>
Antecedentes históricos	68
Población en la época colonial	69
Explotación de la fuerza de trabajo	71
Rebeliones y fugas	72
Negritud y cultura mexicana	75
Municipio de Cuitlahuac – Veracruz:	76
Breve reseña histórica del Municipio de Cuitlahuac	76
Ubicación y contexto	77
Indicadores demográficos	79
Vivienda, servicios públicos y medios de comunicación	80
Empleos y sustentos	81
Fiestas populares	82
Educación	83
Salud	83
El mundo de los informantes: un recorrido por Mata Clara y El Manantial	84
<b>CAPÍTULO 7. – METODOLOGÍA</b>	<b>90</b>
Propósito	90
Objetivos	90
Pregunta de investigación	91
Tipo de estudio	91
Diseño	91
Selección del área y muestra	91

Métodos	92
Estrategias y técnicas de obtención de información	93
Codificación y análisis de los datos	93
RESULTADOS	
<i>CAPÍTULO 8. - PADECER DIABETES Y SER MUJER EN MATA CLARA Y EL MANANTIAL</i>	
Y EL MANANTIAL	95
¿Cómo una mujer de Mata Clara y El Manantial cumple con ser mujer?	95
Visicitudes cotidianas de una mujer mataclarence y manantialeña: alcohol, violencia y precariedad económica	102
<i>“Ya me había cansado”</i> : Una decisión de la mujer mataclarence y manantialeña	108
<i>“De algo me tengo que morir”</i> : El padecimiento de la diabetes en una mujer de Mata Clara y El Manantial	113
Prescripción médica, tratamiento utópico en Mata Clara y El Manantial	119
<i>“Se siente refeo”</i> : Conciliación de la mujer mataclarence y manantialeña con la vida y la diabetes	124
<i>CAPÍTULO 9.- DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS: PRIMERO ÉL, DESPUÉS MIS HIJOS, LUEGO MI CASA, Y YA AL ÚLTIMO YO Y MI DIABETES</i>	
	131
CONCLUSIONES	138
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144
ANEXO 1	153

## RESUMEN

La diabetes avanza día con día, no sólo en el cuerpo de la persona enferma, sino en el mundo, dejando repercusiones físicas y psicológicas para la mayoría de la población. A pesar de que se ha tratado de controlar esta enfermedad, sigue el aumento en cantidades exorbitantes de diabéticos, no por que los medios utilizados no sirvan, más bien requieren complementariedad en los aspectos cotidianos de los diabéticos.

Una opción poco estudiada, es conocer el estilo de vida de ellos, entender como están viviendo su enfermedad, proporcionando así otra alternativa para controlar a este problema de salud pública.

Por ello, el presente trabajo pretende dar a conocer información complementaria para el tratamiento y control de la diabetes tipo 2: el estilo de vida y el padecimiento de la mujer diabética en una comunidad afroestiza.

Para dicho cometido se utilizó la metodología cualitativa. Se hizo uso del método fenomenológico y de la observación participante, de notas y diario de campo, así como grabaciones en audio y video.

Los resultados encontrados muestran que la mujer de las comunidades Mata Clara y El Manantial tienen una clara identificación con el patrón femenino característico de la mujer mexicana: ser la administradora del hogar, fungir como educadora de la familia y cuidadora de la misma, proteger a los demás antes que a ella misma, lo cual ha propiciado un mal control de la diabetes.

Además de estos patrones, también se encontró un punto de suma relevancia que no se ha considerado en el tratamiento médico, y si se ha hecho ha sido poco, la precariedad económica como una influencia en el tipo de alimentación que llevan estas comunidades. Ésta se ha vuelto un obstáculo para conocer los alimentos básicos ya no sólo para la dieta de la persona diabética, sino para el cuidado en general de la salud, provocando que la población coma lo que le proporcionen sus posibilidades, grasas, poca verdura y demás alimentos que provocan sobrepeso y obesidad, factor influyente para desarrollar diabetes.

## INTRODUCCIÓN

Conforme avanza el tiempo, aumentan los casos de personas diabéticas, ya que hasta el momento y a pesar de los grandes esfuerzos que han realizado las diversas disciplinas de la salud: medicina, enfermería, nutriología, odontología y psicología, entre otras, no han sido suficientes los métodos empleados para controlar y prevenir esta enfermedad.

El tratamiento que se le ha dado es el de una escuela, pidiendo al diabético que aprenda y lleve a cabo las indicaciones médicas que se le dan para controlar su enfermedad, sin tomar en consideración que las actividades, patrones, roles y cultura que posee cada persona diabética son diferentes.

Por tanto, se debe tomar en consideración todos estos factores para el entendimiento de la falta de control de esta enfermedad, así como para transmitir de una manera optima los conocimientos que se tienen de la diabetes, con altas posibilidades de lograr su control.

En México la diabetes está afectando a un gran porcentaje de la población, presentándose con mayor incidencia en las mujeres, afectando notablemente la estabilidad familiar, los recursos económicos propios y del país, además de los estragos físicos y psicológicos que dejan las complicaciones.

Veracruz ocupa el primer lugar en La República Mexicana con personas diabéticas; la mujer perteneciente a este estado presenta características de alto riesgo para dicha enfermedad, como: cintura mayor a 80cm., sobrepeso, obesidad y alimentación desbalanceada, entre otros factores, así como patrones influyentes en la persistencia de la cultura mexicana, más no en el control de la diabetes.

Por ello y con el propósito de conocer los patrones femeninos que influyen en la falta de control de la diabetes, se seleccionó una población con alta incidencia en esta enfermedad, la congregación Mata Clara y el ejido El Manantial, del municipio de Cuitlahuac – Veracruz, descendientes de los esclavos africanos traídos a nuestro país durante el periodo Colonial.

Otra razón por la que se seleccionó esta población, fue por que la persona con ascendencia negra ha pasado a formar parte de la cultura mexicana, contribuyendo con sus conocimientos en diversos contextos y áreas: baile, comida, lenguaje, etc.

En el capítulo 1, se hace hincapié en las altas cifras de enfermos diabéticos en el ámbito mundial; la contribución tan grande que está haciendo México con el 9º lugar en el mundo, cómo está afectando la economía familiar y nacional, la incidencia en factores de alto riesgo en la población de nuestro país: complexión, alimentación, hábitos, estilo de vida, etc., así como la alta incidencia en la mujer mexicana.

El capítulo 2, presenta las diferentes definiciones que se le pueden dar a esta enfermedad crónico-degenerativa, las complicaciones que aparecen de forma retardada si se lleva un buen control, por el contrario lo grave y rápido que llegan a presentarse por un mal cuidado. Se hace mención de los factores que favorecen su aparición y de las diferentes áreas encaminadas en la prevención y control de la diabetes.

Las diferentes estrategias empleadas para el control de esta enfermedad se encuentran en el capítulo 3, la adherencia terapéutica como tratamiento

predominante; la forma en que se ha tratado de transmitir el conocimiento de ésta por medio de educación para la salud. También se hace notar que la diabetes es un padecimiento familiar, incluso comunitario, puesto que no afecta sólo a la persona enferma, sino a todos aquellos familiares y amigos que conviven con el diabético.

El capítulo 4 muestra la prevalencia de la cultura como un factor predominante en el control o no de esta enfermedad, haciendo notar que los patrones culturales que tiene una mujer suelen ser más influyentes que la necesidad de atender una enfermedad crónico-degenerativa.

Esta investigación fue de corte cualitativo, por ello, en el capítulo 5 se encuentra un breve resumen de los métodos pertenecientes a ésta y que fueron utilizados en este estudio: observación participante y el método fenomenológico, así como las técnicas empleadas en la recolección de datos: notas, diario de campo y grabaciones en audio y video.

En el capítulo 6 se da una breve reseña histórica del afroestizo en México. Como primer punto se toma la importancia de las personas de ascendencia negra que habitan en nuestro país, pues a pesar de no ser reconocidas por la constitución, son parte indispensable de la cultura mexicana; su aparición trajo un vasto conocimiento que ha enriquecido notablemente a nuestra cultura. Como segundo punto, se describe brevemente el Municipio de Cuitlahuac, lugar en donde se asentaron los descendientes de los esclavos negros. En tercer lugar se hace referencia a la congregación Mata Clara y el ejido El Manantial, ambos pertenecientes a este municipio y lugares en donde se desarrolló esta investigación.

El capítulo 7 presenta la metodología seguida en esta tesis: propósito, objetivos, pregunta de investigación, tipo de estudio, diseño, selección de área y muestra, técnicas de obtención de información, codificación y análisis de los datos recabados.

En el capítulo 8 se presentan los resultados haciendo un recorrido por la vida de una mujer mataclareña y manantialeña, como el alcohol, la violencia intrafamiliar y la precariedad económica influyen en la vida de ésta, adoptando un estilo de vida característico de estas comunidades y que a su vez se vuelve precursor de la falta de control de la diabetes.

En el capítulo 9, discusión de los resultados, se hace notar como los patrones femeninos predominan, resaltando como patrones principales de una mujer: ser cuidadora y administradora del hogar, además de los bajos recursos que posee, lo cual le impide el cuidado y control de la diabetes.

Finalmente, en las conclusiones, se hace notar la importancia de la mujer para la prevención, control y cuidado de la diabetes, la tenga ella o no, ya que es la principal trasmisora de conocimientos, habilidades, conductas y valores; sugiriendo a los profesionales de la salud apoyarse en la responsabilidad que la sociedad le ha conferido a la mujer y que es imprescindible para el equilibrio y funcionamiento social.

## **CAPÍTULO 1**

### **PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LA DIABETES TIPO 2**

#### **EPIDEMIOLOGÍA MUNDIAL**

Cada 30 segundos alguien pierde un pie a causa de la diabetes en el mundo; según expertos de la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes han calculado que el 85% de las amputaciones podrían evitarse si esta enfermedad estuviera controlada (Tecnología Terra, 2005), ya que la disección es tan sólo una de las complicaciones que puede presentar una persona diabética.

Las cifras de diabéticos crece día a día, con tal magnitud que en 25 años podría convertirse en “la mayor epidemia a la que jamás se ha enfrentado la humanidad” (Salud, Argentina, 2005, p.1), como resultado de las grandes dimensiones que está alcanzando en todo el mundo. Actualmente está afectando al 10% de la población mundial (Tecnología Terra, 2005), más de 194 millones de personas en todo el mundo y se espera que alcance los 333 millones de enfermos para el 2025.

De acuerdo con la Federación Mexicana de la Diabetes (2006), la expectativa es que:

- Al menos se duplique en África, en el Mediterráneo Oriental y Oriente Medio así como en el Sudeste asiático.
- Aumente en casi 20% en Europa, en 50% en América del Norte, en 85% en América del Sur y Central y en un 75% en la región del Pacífico Occidental.

Esto, por que la mayoría de los casos se presentan en países en vías de desarrollo (Federación Mexicana de Diabetes, 2006), sin embargo, para Mora, la diabetes es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en las sociedades contemporáneas, debido a que se encuentra entre las cinco principales causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados (Citado en Cardoso, 2006).

Al menos 50% de todas las personas con diabetes no están conscientes de que la padecen, en algunos países esta cifra podría llegar hasta el 80.6% (Federación Mexicana de Diabetes, 2006), tan sólo en el 2003 se reportaron 177 millones de personas con esta enfermedad, de las cuales entre el 85% y el 95% padecían diabetes tipo 2 (Citado en Pascual, 2005).

### **Países con mayor cantidad de enfermos diabéticos**

En 2003, de acuerdo con la Federación Mexicana de Diabetes (2006), los países con más casos de diabetes en el mundo fueron:

<b>PAISES MÁS AFECTADOS EN EL MUNDO</b>	
<b>PAIS</b>	<b>PERSONAS DIABETICAS</b>
India	35.5 millones
China	23.8 millones
Estados Unidos	20.8 millones
Rusia	9.7 millones
Japón	6.7 millones

Fuente: Federación Mexicana de Diabetes, 2006

Mientras que los países con mayor incidencia de diabetes en la población adulta, en el 2003 fueron:

<b>PAÍS</b>	<b>PORCENTAJE DE PERSONAS DIABÉTICAS</b>
Nauru	30.2%
Emiratos Árabes Unidos	20.1%
Kuwait	12.8%
Tonga	12.4%

Fuente: Federación Mexicana de Diabetes, 2006

Por otro lado, los países con mayor prevalencia de enfermos diabéticos, en el mismo año y de acuerdo a la Federación Mexicana de Diabetes fueron:

<b>LUGAR DE PREVALENCIA EN EL MUNDO</b>	<b>PAÍS</b>
1.	India
2.	China
3.	Estados Unidos
4.	Rusia
5.	Japón
6.	Brasil
7.	Indonesia
8.	Pakistán
9.	México
10.	Ucrania

Fuente: Pascual, 2005

India es el país con la mayor población de personas diabéticas en el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que en el año 2003 había 23 millones de diabéticos en este país, estima que para el año 2025 habrá 57 millones de personas afectadas, a pesar de ello sólo el 12% de la población total de personas con diabetes en este país están bajo tratamiento, lo

cual equivale a unos 3.6 millones de personas (Citado en La Federación Mexicana de Diabetes, 2006).

Otro país afectado gravemente es Estados Unidos, éste ocupa el tercer lugar con personas diabéticas en el mundo, 15.7 millones de personas aproximadamente padecen esta enfermedad, de las cuales 10.3 millones han sido diagnosticadas, pero unos 5.4 millones desconocen que la tienen (Federación Mexicana de Diabetes, 2006).

La población de personas con diabetes tipo 2 en Estados Unidos se distribuye de la siguiente manera:

<b>POBLACIÓN</b>	<b>PERSONAS DIABÉTICAS</b>
Mujeres	8.1 millones (8.2% de todas las mujeres)
Hombres	7.5 millones (8.2% de todos los hombres)
Menores de 20 años	123 mil
Adultos mayores de 65 años	6.3 millones (18.4% de la población)
Afro-americanos	2.3 millones (10.8 de todos los afro-americanos)
México-estadounidenses	1.2 millones (10.6 de todos los México-estadounidenses)
Caucásicos	11.3 millones (7.8 de todos los caucásicos)

Fuente: Federación Mexicana de Diabetes, 2006

### **Diabetes tipo 2 en población afroamericana y latina**

El Instituto Nacional de Diabetes, de las Enfermedades Digestivas y del Riñón (NIDDK por sus siglas en inglés), ofrece otra clasificación de la población con diabetes para Estados Unidos, basada en grupos étnicos (Federación Mexicana de Diabetes, 2006):

- ❖ Riesgos de diabetes en la población afroamericana de Estados Unidos:
  - 10.8% de todas las personas afroamericanas que no son latinas (2.3 millones) tienen diabetes tipo 2.
  - Las mujeres afroamericanas tienen entre 50 y 80% de probabilidades de presentar diabetes gestacional comparado con las mujeres caucásicas.

- ❖ Riesgos de diabetes en la población latinoamericana y México-estadounidense en Estados Unidos:
  - Aproximadamente 10.6% de todos los México-estadounidenses (1.2 millones) tienen diabetes tipo 2.
  - Los México-estadounidenses tienen una probabilidad 1.9 veces mayor de tener diabetes que las personas caucásicas que no son latinas.
  - Un 25% de los México-estadounidenses y los puertorriqueños mayores de 45 años de edad tienen diabetes tipo 2.
  - Los México-estadounidenses tienen entre 5 y 6 veces más probabilidades de enfermedad renal terminal.
  - Los indígenas americanos puros son más susceptibles a la diabetes tipo 2 que las personas de herencia mezclada.

Como se puede observar, la población latina, incluida la mexicana se encuentra considerablemente afectada.

## EPIDEMIOLOGÍA EN MÉXICO

México, ha sido un gran colaborador con personas diabéticas, ocupa el 9º lugar a nivel mundial con personas que padecen esta enfermedad (Pascual, 2005). “En los últimos 12 años se ha duplicado el número de diabéticos en el país, al pasar de 4 a 8 millones, estimando que en los próximos 15 años esta cifra se duplicará, de acuerdo a estadísticas del IMSS” (Castañon, 2005 p.1), de continuar así para el año 2025 se ubicara en 7º lugar a nivel mundial (Salud, Argentina, 2005).

Este pronóstico se hace con base en la progresión de casos nuevos. Por ejemplo, en el año 1984 hubo una incidencia de 54,633 casos; en 1989, la incidencia fue de 125,619 casos; en 1994 fueron 184,130 casos; en 1999 se presentaron 284,811 y para 2004 el registro fue de 417,678 casos.

<b>PROGRESIÓN QUINQUENAL</b>	
1984	54,633
1989	125,619
1994	184,130
1999	284,811
2004	417,678

Fuente: Secretaría de Salud, 2006

Según la Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes 2001, hasta finales del año 2000, en México, alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padecía diabetes y cerca del 30% de los individuos afectados desconocía que la padecía (Secretaría de Salud, 2001).

En el 2003 se calculó que la proporción de personas afectadas en la población de 20 a 69 años de edad en México fue de 10.7%, de estas, las personas mayores de 50 años superó el 20% (Secretaría de Salud, 2003).

De seguir incrementando de esta forma, los casos de diabetes, la proyección que da la Federación Mexicana de Diabetes (2006) para los próximos años es la siguiente:

- México podría ocupar el 7° lugar de países con diabetes.
- Casi 12 millones de mexicanos tendrán esta enfermedad.
- La intolerancia a la glucosa podría afectar a 472 millones de mexicanos.
- Se incrementará la diabetes tipo 2 en niños.
- Más de 30% de habitantes con sobrepeso y 16% con obesidad.
- 1 de cada 3 personas podría tener diabetes.

### **Mortandad por diabetes**

Este problema de salud ha crecido de tal forma, que la cantidad de muertes ha colocado actualmente a la diabetes como la primera causa de muerte en el país (Sistema Nacional de Información en Salud, 2006).

Las defunciones por diabetes tipo 2 han ido en constante aumento, puesto que cada año las cifras por decesos debido a esta enfermedad incrementan: en 1999 murieron 45,632 personas (Secretaría de Salud, 1999), para el año 2000, según cifras del Sistema Nacional de Información en Salud de la Secretaría de Salud de México, se presentaron 46,525 decesos, esto es, cinco personas cada dos horas (Secretaría de Salud Comunicado de prensa n° 027, 2002), en el 2001, las estadísticas de la Secretaría de Salud registraron 49,855 defunciones, para el 2002 se registraron 54,828 y para el año 2003 los decesos fueron 59,119 (Sistema Nacional de Información en Salud, 2006).

El siguiente cuadro muestra los decesos por años en nuestro país:

<b>DEFUNCIONES POR DIABETES TIPO 2</b>	
<b>Año</b>	<b>Decesos</b>
1999	45,632
2000	46,525
2001	49,855
2002	54,828
2003	59,119

Fuente: Secretaría de Salud 2006

El siguiente cuadro muestra la rapidez con que se incremento la tasa de mortandad por esta enfermedad en nuestro país, hasta el año 2001 (Secretaría de Salud, 2006):

<b>TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES</b>	
<b>AÑO</b>	<b>TASA DE MORTALIDAD POR 100,000 HABITANTES</b>
1955	5
1980	12
1990	31.8
2001	48.96

Fuente: Secretaría de Salud, 2006

### **Pronóstico para la diabetes en nuestro país**

De acuerdo con la Federación Mexicana de la Diabetes (2006), nuestro país se encuentra en constante riesgo de seguir aumentando sus enfermos diabéticos, debido a que:

- La población en México de personas con diabetes fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones (prevalencia nacional de 10.7% en personas entre 20 y 69 años). De este total, 2 millones de personas no han sido diagnosticadas.
- En la frontera entre México y Estados Unidos, la prevalencia de diabetes es de 15%.

- 2 de cada 3 mexicanos tienen sobrepeso u obesidad (prevalencia nacional de obesidad: 24.4%).
- 90% de las personas que padecen diabetes presentan el tipo 2 de la enfermedad.
- Se calculaba que en nuestro país tendremos una incidencia de 400 mil nuevos casos por año.
- 16.1% de la población de más de 20 años tiene diabetes.
- La edad promedio de muerte por diabetes es de 66 años.
- La diabetes es la tercera causa de muerte en edad productiva y la segunda causa en edad postproductiva.
- 13 de cada 100 muertes en México son provocadas por la diabetes.
- El grupo de edad con más muertes por diabetes se ubica entre los 40 y los 55 años.
- En personas de 40-59 años, 1 de cada 4 muertes se debe a complicaciones de la diabetes.
- En 2004 murieron 15 mil personas más que en el año 2000 a consecuencia de las complicaciones de la diabetes (como reflejo de los problemas ocasionados por el envejecimiento poblacional y la falta de un diagnóstico oportuno).
- Actualmente 1 de cada tres muertes en México reporta diabetes como causa secundaria.
- En 2004 se produjeron más de 50 mil muertes en México a consecuencia de enfermedades isquémicas del corazón; esta cifra representa poco más de 10% del total de muertes en el país, lo que ubica a las cardiopatías isquémicas como la segunda causa de muerte en México, sólo por debajo de la diabetes tipo 2.

### **Gastos institucionales**

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) indica que el gasto anual por diabetes equivale a: 4.7% del gasto público para La Secretaría de Salud (38 millones de dólares), 6.5% del gasto para IMSS e ISSSTE (103 millones de dólares), además de ser la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas (Federación Mexicana de la Diabetes, 2006):

- Esta enfermedad representa la principal demanda de atención en consulta médica, para las personas que la padecen, puesto que sufren un mayor riesgo de embolia, infarto, retinopatía y todos tienen catorce veces más riesgo de amputación de una extremidad (Cardoso, 2006).
- Todo esto, implica fuertes gastos tanto para la familia como para las instituciones; este problema es tan inmenso, que tan solo en el 2002, el costo del tratamiento para un paciente sin complicaciones era de entre \$1,000 y \$4,000 mensuales, los costos indirectos y directos de la enfermedad fueron de 3,465 y 1,050 millones de pesos anuales, respectivamente (Secretaría de Salud Comunicado de prensa n° 027, 2002). El aumento en su costo total se relaciona directamente con los daños que se vayan ocasionando al organismo (Secretaría de Salud 2003).

Conforme a la Federación Mexicana de Diabetes (2006), en el...

....ISSSTE durante 2004 la diabetes fue la 5<sup>a</sup> causa de estancia hospitalaria = 219 millones de pesos, 40 millones de pesos en medicamentos y estudios, 200 millones por hemodiálisis, casi 205 mil días de incapacidad por diabetes, en 2004 el IMSS destinó aproximadamente 15 mil pesos para la atención de cada uno de sus derechohabientes con diabetes, en el IMSS, promedio de 29.5 consultas diarias por consultorio, 14.9 consultas por consultorio en la Secretaría de Salud, 16.8 en el ISSSTE, 17.2 en el IMSS-Oportunidades, 12.4 en PEMEX, 7.3 en los servicios que otorga la Secretaría de la Defensa Nacional.

De esta forma la diabetes constituye el 20% de la atención hospitalaria con un mayor número de días de estancia (Federación Mexicana de Diabetes, 2006).

En México de acuerdo a la encuesta nacional de las enfermedades crónicas alrededor de 3 millones de personas (6.7%) entre 20 y 69 años padecen diabetes (Esquivel, 2006). En los últimos 2 años se ha presentado con más frecuencia la diabetes tipo 2 en adultos jóvenes de 25 años de edad, cuando anteriormente se presentaba en adultos de entre 35 y 60 años, en promedio afectaba normalmente a partir de los 40 años (Pascual, 2005).

### **Obesidad, factor de alto riesgo**

Un factor de suma importancia a considerar, es la prevalencia de obesidad en nuestro país, la cual es un factor de alto riesgo para desarrollar diabetes. La Federación Mexicana de Diabetes (2006) menciona que:

- Infantes de 10 a 17 años la padecen: 36.4% niñas y 35.9% niños.
- En una persona con diabetes, la obesidad disminuye hasta 8 años la esperanza de vida.
- Es factor de riesgo en diabéticos tipo 2, enfermedades del corazón, hipertensión y dislipidemias.
- 2 de cada 3 personas mayores de 20 años en México tienen sobrepeso.
- Cada kilogramo de exceso de peso en la población aumenta 5% la prevalencia de diabetes.
- Los niños y adolescentes con sobrepeso tienen 70% probabilidades de mantenerse obesos en su edad adulta.
- En la actualidad los niños realizan 70% menos de actividad física que hace 30 años.
- La prevalencia del sedentarismo en México es del 60-80%.
- México se encuentra en 2° lugar de obesidad en el mundo (24,4% prevalencia), sólo un lugar después de Estados Unidos, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSA): en el norte 66%, centro 63.3%, sur 58.4% y Distrito Federal 62.7%.

## **INCIDENCIA DE DIABETES EN MUJERES**

Las cifras se vuelven más alarmantes, si se toma en cuenta que la diabetes es una de las pocas enfermedades que afectan a más mujeres que a hombres, ya que corren mayor riesgo de tener un ataque cardíaco a una edad más temprana (Member of diabetes, 2002); la tasa de supervivencia es más baja, su calidad de vida es menor y corren mayor riesgo que los hombres de perder la vista a causa de la diabetes (Vinicor, 2004).

Por otro lado, las enfermedades coronarias son una de las causas principales de trastornos entre las mujeres con diabetes de mediana edad; las tasas son de 3 a 7 veces más altas entre las mujeres con diabetes de 45 a 64 años de edad que entre aquellas que no sufren esta enfermedad, además de un riesgo particularmente alto de padecer trastornos cardíacos, problemas de la vista, hiperglucemia o hipoglucemia y depresión en edad avanzada (Vinicor, 2004).

Tan solo entre 1990 y 1998, las tasas de diabetes aumentó en un 70% entre las mujeres de 30 a 39 años de edad, mientras que la tasa de mortalidad entre las mujeres con diabetes de 25 a 44 años se incremento tres veces más que entre aquellas que no sufrían esta enfermedad (Vinicor, 2004).

Vinicor (2004), declaró que cerca de 1.85 millones de mujeres en edad reproductiva, de entre 18 y 44 años, padecen diabetes, sin embargo, cerca de 500,000 de ellas no lo saben y que casi todas las mujeres con diabetes de 45 a 64 años de edad sufren el tipo 2.

Se calcula que para el año 2010, el número de mujeres de entre 45 y 64 años de edad con esta enfermedad, llegará a 41 millones, esto debido a que durante esta etapa de la vida son más vulnerables a enfermedades crónicas importantes como la diabetes (Vinicor, 2004).

En el caso de mujeres de 65 años de edad con esta enfermedad llegará a 23 millones para el año 2010, ya que las mujeres viven en promedio 7 años más que los hombres, por tanto aumenta la posibilidad de adquirir una complicación (Vinicor, 2004).

Moreno (2001), mencionó que la prevalencia de la diabetes es mayor en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo y continuará así; sin embargo, incrementará notablemente en países en vías de desarrollo, en el primer caso es más frecuente en la mujer, en el segundo es casi igual en ambos sexos.

De acuerdo con Vinicor (2004), un país afectado gravemente es Estados Unidos, de los 15.7 millones de personas que sufren de diabetes, más de la mitad (8.1 millones) son mujeres, esta enfermedad es una de las causas principales de mortalidad entre las estadounidenses de mediana edad, tan sólo en 1996 fue quinta causa entre las mujeres blancas, cuarta entre las afro-americanas e indias americanas, y tercera entre las hispanas de 45 a 64 años de edad.

Vinicor (2004), señaló al respecto de las mujeres que:

- Las minorías raciales y étnicas son las más afectadas por la diabetes tipo 2; la prevalencia de la enfermedad en las mujeres afro-americanas, hispanas,

indias americanas y de las islas del Pacífico y Asia es como mínimo de 2 a 4 veces mayor que en las mujeres blancas.

- Las mujeres pertenecientes a minorías raciales y étnicas tienen una probabilidad de 2 a 3 veces más alta de sufrir diabetes tipo 2 que las blancas no hispanas.
- La diabetes es una de las principales causas subyacentes de mortalidad en las mujeres de 65 años de edad o más. La tasa de mortalidad por diabetes aumenta con la edad. Las mujeres de raza afro-americana en edad avanzada tienen una tasa de mortalidad por diabetes dos veces más alta que las blancas y las mujeres México-americanas en edad avanzada tienen una tasa casi 4 veces más alta.
- En el caso de las mujeres de mediana edad, la diabetes tipo 2 es por lo menos dos veces más común en las no blancas que en las blancas. En el caso de las mujeres de 50 a 59 años de edad, la prevalencia es de un 23% entre las afro-americanas, un 24% entre las México-americanas y un 9.7% entre las blancas.
- Entre las mujeres de 60 a 74 años de edad, un 33% de las afro-americanas o México-americanas padecen del tipo 2, en comparación con un 16% de las blancas. Un 32% de las indias americanas mayores de 65 años de edad padece diabetes.

### **Mujeres y diabetes en México**

En nuestro país, las enfermedades no-transmisibles van en aumento, en el año 2,000 ya representaban el 73.3% de la mortalidad proporcional vs. 49.8% de 1980, entre estas enfermedades encontramos a la diabetes, quien a pesar de tener el 10.1% de mortandad, representa la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres (OMS, 2006).

En promedio, los hombres con diabetes mueren a una edad más temprana que las mujeres; 67 versus 70 años respectivamente, tan sólo en 2003, 3,799 personas murieron por diabetes, de las cuales poco más de 2,000 fueron mujeres (Federación Mexicana de Diabetes, 2006).

De acuerdo con Moreno (2001), entre 1995 y 2025 se ha estimado un incremento de 35% en la prevalencia de esta enfermedad, predominando en el sexo femenino, específicamente, en el grupo de edad de entre 45 y 64 años.

En México, los hábitos y comportamientos de riesgo como sobrepeso y obesidad, están favoreciendo notablemente al aumento de diabéticas, puesto que estos factores se encuentran en todos los grupos sociales principalmente en zonas urbanas; afectando el 51.8% de mujeres entre 12 y 49 años (60% en el norte del país) y el 5.5% de niños menores de 5 años (OMS, 2006).

Particularmente, Veracruz es el estado de la República Mexicana que presenta una mayor incidencia en personas diabéticas, un ejemplo es el Municipio de Xalapa--Veracruz, el cual ocupa el tercer lugar en mortalidad por la diabetes tipo 2, debido a las complicaciones inherentes de esta enfermedad (Infarto agudo del miocardio, accidente vascular cerebral, insuficiencia renal crónica, arteropatía distal). La mayoría de estos pacientes mueren antes de los 60 años, pero algunos de ellos presentan una discapacidad que empobrece la calidad de vida del paciente (Esquivel, 2006).

Además, este estado presenta el primer lugar de prevalencia en diabetes por obesidad, el 20.80% de su población la padece: la circunferencia de cintura promedio en hombres es ligeramente superior a 90cm., cuando el ideal es 90cm., sin embargo 46,3% de los varones tienen más de 94cm. de cintura, en cuanto al diámetro de la cintura en mujeres, su promedio es de 93cm., el ideal es 80cm. (Federación Mexicana de Diabetes, 2006).

Por todo lo mencionado anteriormente es claro que la diabetes es un problema de salud, ya no sólo nacional, sino mundial, puesto que avanza tan rápidamente que está dejando estragos emocionales, familiares y económicos tan grandes que en menos de 20 años, se comenzarán a contar los casos de los no diabéticos, pues la mayoría de la población mundial padecerá esta enfermedad.

## **CAPÍTULO 2**

### **DIABETES TIPO 2**

#### **DEFINICIONES DE LA DIABETES TIPO 2**

Al hablar de diabetes tipo 2 se hace referencia a una enfermedad crónico-degenerativa, el cuerpo no puede utilizar de forma adecuada la insulina que produce el páncreas (Durán, Bravo y Hernández, 1997), provocando que el cuerpo comience a utilizar la energía que tiene de reserva en todos los órganos que lo componen, al no recibir energía o glucosa suficiente, trabajan extra, por ello se van desgastando, hasta que dejan de funcionar adecuadamente, lo cual implica graves complicaciones.

Esta enfermedad comienza con una resistencia a la insulina, esto es las células del tejido graso de los músculos y del hígado no pueden utilizar la insulina de forma correcta y la glucosa se almacena en la sangre hasta llegar a niveles peligrosos (Salud, Argentina, 2005), sin embargo, si esta enfermedad es diagnosticada a tiempo y controlada, el paciente puede llevar una vida normal y sana (Tecnología Terra, 2005).

A continuación se presentan algunas definiciones:

Etimológicamente *Diabetes* proviene del griego y significa *pasar a través de*, mientras que *mellitus* proviene del latín y significa *enmielado*, en conjunto significan: excesiva emisión de orina dulce por parte del paciente, la dulzura dependerá de la cantidad de azúcar en la orina (Durán, Bravo y Hernández, 1997).

En el diccionario de medicina MOSBY (1995), se encuentra definida como un trastorno complejo del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas debido fundamentalmente a una falta relativa o absoluta de secreción de insulina por parte de las células beta del páncreas.

Durán, Bravo y Hernández (1997), definen a la diabetes como una enfermedad crónica degenerativa, en otras palabras, de por vida, ésta se identifica por la falta o el mal aprovechamiento de insulina, con aumento de glucosa en la sangre y repercusiones en todo el cuerpo, en las emociones y las relaciones con los demás.

Sin embargo, para fines prácticos e integrales de la diabetes, en la Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, 2001 (NOM-015-SSA2-1994, 2001) se define como:

3.16 Diabetes,...enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

La misma norma establece los dos tipos principales de diabetes:

3.17 Diabetes tipo 1...existe destrucción de células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina.

3.18 Diabetes tipo 2...hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades aparece la hiperglucemia.

Los síntomas principales de esta enfermedad de acuerdo a Durán, Bravo y Hernández (1997) son:

- Polifagia: aumento de hambre
- Polidipsia: aumento de sed

- Poliuria: aumento de la producción de orina
- Pérdida de peso
- Fatiga: exceso de cansancio
- Vista borrosa
- Infecciones constantes
- Adormecimiento de manos y pies
- Cortaduras o heridas que tardan en sanar
- Impotencia sexual

Los síntomas que presenta esta enfermedad traen como consecuencias cambios en el organismo del diabético, estos se van dando durante un período indeterminado. El enfermo puede tener algunos síntomas únicamente y acostumbrarse tanto a ellos que se vuelven parte de él, llegando a formar parte de su cuerpo, por ello la persona diabética suele continuar su vida cotidiana sin darle mayor importancia, hasta que comienza a surgir alguna complicación y es cuando se presenta a una consulta médica y por tanto se diagnostica.

## COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD

Las complicaciones que se presentan por la falta de control de la diabetes se dividen principalmente en dos categorías: complicaciones microvasculares y complicaciones macrovasculares (Morales, 2002).

*Microvasculares:* Enfermedades de los vasos sanguíneos pequeños, dentro de esta categoría encontramos: la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía.

- Retinopatía diabética: Trastorno de los vasos sanguíneos retinianos, caracterizado por microaneurismas capilares, hemorragias, exudados y formación de vasos nuevos y tejido conjuntivo (MOSBY, 1995), en otras palabras, son todas las anomalías a consecuencia de esta enfermedad que se presentan en los pequeños vasos sanguíneos de la retina, como el debilitamiento o el escape de sangre de los vasos sanguíneos (ADA, 2003).
- Nefropatía: Cualquier trastorno o enfermedad del riñón, incluyendo procesos inflamatorios, degenerativos y escleróticos (MOSBY, 1995). Tal es el caso de complicaciones que se presentan en el sistema

urinario como la insuficiencia renal aguda y la insuficiencia renal crónica (Pascual, 2005).

- Neuropatía: Inflamación y degeneración de los nervios periféricos (MOSBY, 1995). Las neuropatías periférica y autónoma son las complicaciones con mayor incidencia por la diabetes (Pascual, 2005).

*Macrovasculares:* enfermedades de los vasos sanguíneos de gran calibre que incluyen problemas cardiovasculares, cerebrovasculares y vasculares periféricos.

- Enfermedad cardiovascular: Conjunto de enfermedades caracterizadas por disfunción del corazón y los vasos sanguíneos (MOSBY, 1995), el riesgo cardiovascular se incrementa de 2 a 5 veces más en los diabéticos, las principales complicaciones en estas personas son: dislipidemias, hipertensión arterial y trastornos de la coagulación (Morales, 2002).
- Enfermedad cerebrovascular: Trastorno que afecta al sistema vascular y al aporte de sangre al cerebro, esta enfermedad tiende a presentarse a una edad más temprana, se extiende con facilidad y es más grave en los diabéticos (MOSBY, 1995).
- Enfermedad vascular periférica: Cualquier trastorno que afecte a los vasos sanguíneos y linfáticos. Los distintos tipos y grados de enfermedad vascular periférica se caracterizan por diversos signos y síntomas, como entumecimiento, dolor, palidez, hipertensión y disminución del pulso arterial; el tratamiento en los casos graves exige a veces la amputación de los miembros, debido a la gangrena (MOSBY, 1995), tal es el caso del pie diabético.

Todo esto implica un daño irreparable a los diferentes órganos que componen al cuerpo humano como: los ojos, los riñones, la piel, los pies, el sistema nervioso, los vasos sanguíneos y los dientes; estos últimos debido a que la diabetes “puede generar daños en la cavidad bucal, lo cual deriva hacia problemas graves del sistema digestivo, afectaciones cardíacas y de las vías respiratorias” (Criterios, 2005 p.1).

Algunas de las complicaciones bucales más frecuentes en personas diabéticas de acuerdo al Grupo Diabetes SAMFyC (1999) son:

- Caries dental: Suele presentarse en diabéticos un aumento en la incidencia de caries con localizaciones atípicas, fundamentalmente a nivel de los cuellos dentarios, sobre todo, en incisivos y premolares.
- Enfermedad periodontal: Es una afección inflamatoria de causa bacteriana que afecta a las estructuras de soporte del diente. En la diabetes hay un aumento en adquirir esta enfermedad y una mayor severidad de la misma, que se ha relacionado con la edad, la duración de la diabetes y el grado de control de ésta, a mayor duración y mal control glucémico, mayor susceptibilidad.
- Candidiasis oral: En la diabetes existe una predisposición a padecerla. Clínicamente da una sintomatología leve, generalmente en forma de quemazón en la faringe y mucosa oral que además están enrojecidas y en algunos casos presentan formaciones blanquecinas.
- Boca seca: xerostomía: Se define como la disminución o pérdida de saliva en la cavidad oral. Aunque no se han establecido las causas que relacionan la "boca seca" con la diabetes, si se ha visto que la prevalencia en los diabéticos que reciben tratamiento farmacológico para controlar su glucemia es del 76%.
- Gingivitis: Proceso inflamatorio de las encías en los tejidos de soporte del diente por la alta concentración de azúcar en sangre, por lo que las fibras que sostienen a los dientes (parodontales) se vuelven laxas y provocan movilidad anormal (Criterios, 2005).

## **FACTORES QUE FAVORECEN LA APARICIÓN DE LA DIABETES TIPO 2**

Los factores que influyen notablemente en la aparición de la diabetes, de acuerdo a Durán, Bravo y Hernández (1997) son: herencia, obesidad, falta de actividad física y estrés; además de estos, también encontramos otros tantos que pueden contribuir con esta enfermedad como lo son: el alcoholismo crónico, virus, disfunción autoinmune y medicamentos.

- Herencia: Proceso por el cual determinados rasgos se transmiten de padres a hijos (MOSBY, 1995), por medio de este fenómeno biológico es

que los hijos son capaces de recibir de un progenitor caracteres similares a los que se encuentran en él o en un antepasado anterior (Warren, 1996), adquiriendo características físicas normales y alteraciones.

De tal manera, que si ambos padres son diabéticos existe una mayor probabilidad de concebir hijos con esta enfermedad. Sin embargo, no todos los hijos de estos pacientes la adquieren, ya que existen otros factores relacionados con la herencia que permiten desencadenar el padecimiento de esta enfermedad (Durán, Bravo y Hernández, 1997).

- Obesidad: Aumento anormal en la producción de células grasas en el tejido subcutáneo del organismo (MOSBY, 1995), es un estado de adiposidad en el cual el peso corporal se encuentra por arriba de lo ideal (Mahan, 2001).

La obesidad se presenta por la alimentación excesiva o inadecuada (alta en hidratos de carbono) y la vida sedentaria (falta de actividad física), se calcula que de 80 a 90 % de los obesos desarrollan esta enfermedad (Durán, Bravo y Hernández, 1997).

- Falta de actividad física: El ejercicio se define como la realización de cualquier actividad física con el fin de mantener en forma al organismo y mejorar la salud, éste tiene un poder benéfico sobre todos los sistemas corporales (MOSBY, 1995), consume la energía en reposo que posee el cuerpo.

Dicha energía es adquirida por medio de la comida, por tanto el no realizar ningún tipo de ejercicio o deporte aumenta las probabilidades de tener obesidad, incrementando la posibilidad de adquirir diabetes (Durán, Bravo y Hernández, 1997).

- Estrés: Cualquier emergencia emocional, física, social, económica o de otro tipo que exija una contestación o cambio por parte del individuo (MOSBY, 1995), esto es: una respuesta física o psicológica a un acontecimiento, que puede ser tan cotidiana como el tráfico, hasta un fenómeno natural como un terremoto.

El estrés puede ocasionar problemas graves en el sistema inmunitario, las presiones cotidianas como: problemas conyugales, familiares, escolares,

laborales generan una sobrecarga física y emocional, alterando el estado de salud de un individuo, si estos estados no se controlan se originan enfermedades como la diabetes (Durán, Bravo y Hernández, 1997).

- Alcoholismo crónico: Estado patológico consecutivo a la ingestión habitual de alcohol en cantidades exageradas (MOSBY, 1995), el consumo excesivo de alcohol destruye a las células beta productoras de insulina, por tanto contribuye a desarrollar la diabetes (Durán, Bravo y Hernández, 1997).
- Virus: Microorganismo diminuto que sólo puede reproducirse dentro de una célula vegetal o animal viva (MOSBY, 1995). Los virus pueden perjudicar al páncreas, donde se encuentran las células beta, y desencadenar la enfermedad (Durán, Bravo y Hernández, 1997).
- Disfunción autoinmune: El sistema de defensas del organismo puede atacar por equivocación a sus células beta, ocasionando el desarrollo de la diabetes (Durán, Bravo y Hernández, 1997).
- Medicamentos: La cortisona y sus derivados como: la hormona del crecimiento purificada, el hidróxido isonicotínico, altas dosis de ácido nicotínico y algunos diuréticos, pueden impedir el trabajo de la insulina y la elaboración de las células beta, contribuyendo a la aparición de la enfermedad (Durán, Bravo y Hernández, 1997).

Los factores que contribuyen con la aparición de esta enfermedad son diferentes, sin embargo en la mayoría de los casos se encuentran asociados, por ejemplo la herencia y la falta de ejercicio, la ingesta de medicamentos y la obesidad, el alcoholismo y otro(s) factor(es), de tal manera que las combinaciones son tan variadas y predominantes en la cotidianidad, que todos estamos expuestos.

## **ÁREAS IMPLICADAS EN EL TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES TIPO 2**

“El objetivo principal del tratamiento de la diabetes es normalizar la actividad de la insulina y los niveles de glucosa en sangre para reducir el desarrollo de complicaciones vasculares y neuropáticas” (Brunner y Suddarth, 2002 p.1109),

para llevar a cabo este cometido, participan profesionales de diferentes áreas de la salud.

## **Tratamiento médico**

El tratamiento médico de la diabetes consiste básicamente en crear un plan de alimentación bajo en carbohidratos y ejercicio físico, para controlar esta enfermedad (Dolger y Seeman, 1991), si no es suficiente, se implementarán medicamentos como: inyecciones de insulina e hipoglucemiantes orales, tales como la clorpropamina, acetoexamida, tolbutamida y tolazamida (MOSBY, 1995).

El paciente que logra adherirse a este plan terapéutico, en teoría, debería ser capaz de mantener en forma constante sus niveles de glucosa sin grandes cambios por años, excepto durante enfermedades, infecciones, cirugías, embarazos y otros padecimientos o situaciones que alteran el metabolismo (Kilo y Richmond, 1991; Mercado, 1996 y 1998; Cardoso, 2006).

Por otro lado, una buena forma de llevar el control del diabético, de acuerdo con Morales (2002), es por medio del automonitoreo de la glucosa capilar, el cual consiste en obtener una gota de sangre capilar por medio de una lanceta, para ser leída posteriormente por un glucómetro, permitiendo:

- Fijar los objetivos glucémicos
- Identificar hipoglucemia asintomática
- Instruir al paciente sobre la interpretación y acción de la glucemia
- Modificar el tratamiento en respuesta a cambios de actividad física
- Desarrollar recomendaciones para el tratamiento farmacológico
- Modificar el tratamiento durante periodos de enfermedad asociada o cuando se administren simultáneamente medicamentos que puedan alterar el control glucémico
- Evaluar el tratamiento

Otros métodos implementados para el control de la diabetes son: cetona en orina, hemoglobina saturada, proteínas sericas glucosiladas y el monitoreo subcutáneo continuo de glucosa (Morales, 2002).

## **Atención en enfermería**

La atención brindada por el personal de enfermería es primordial para el diabético, es el encargado principal de transmitir los conocimientos básicos y cuidados personales para el control y la prevención de las complicaciones. De acuerdo a Brunner y Suddarth, (2002), su labor consiste en:

- Resolver cualquier factor subyacente que afecte el control de la diabetes: déficit de conocimiento, falta de cuidados asistenciales, enfermedad, entre otros.
- Simplificar el régimen de tratamiento si le resulta muy difícil al paciente.
- Ajustar el régimen de tratamiento para cubrir las necesidades del paciente, como la dieta o el uso de insulina.
- Establecer un plan específico con el paciente que contenga objetivos sencillos y posibles de lograr.
- Reforzar positivamente el comportamiento del diabético, en lugar de enfocarse en los aspectos negativos.
- Ayudar al paciente a identificar factores de motivación personal.
- Alentar el logro de objetivos e intereses en la vida; no permitir que se enfoque de manera indebida en la diabetes.

## **Nutrioterapia**

La meta global de la nutrioterapia consiste en ayudar al paciente diabético a realizar los cambios necesarios en su estilo de vida, en cuanto a su alimentación, que lo conduzca a los resultados metabólicos deseados, como bajar de peso, ya que la restricción calórica y la baja de peso moderada (4.5 a 9 Kg.) mejoran el control de la diabetes, incluso cuando no se alcance el peso corporal deseable (Mahan y Escott-Stump, 2001).

Mahan y Escote-Stump (2001), basados en: *La American Diabetes Association. Nutrition recomendations and principles for people with diabetes mellitus*, mencionan como metas principales de la nutrioterapia médica:

- Mantener los niveles de glucosa en sangre lo más normales que sea posible.
- Logro de niveles de lípidos óptimos
- Provisión de calorías adecuadas

- Prevención y tratamiento de las complicaciones agudas de la diabetes tratada con insulina como:
  - o Hipoglucemia
  - o Enfermedades a corto plazo
  - o Problemas relacionados con el ejercicio
- Prevención y tratamiento de las complicaciones a largo plazo de la diabetes
  - o Nefropatía
  - o Neuropatía autonómica (gastrointestinal)
  - o Hipertensión
  - o Enfermedad cardiovascular
- Mejoramiento de la salud global mediante la nutrición óptima  
Es esencial vigilar los niveles de glucosa y hemoglobina glicada, así como los valores de lípidos, presión arterial y peso (Mahan y Escott-Stump, 2001), para obtener un mejor éxito en el control de la enfermedad.

### **Tratamiento odontológico**

Para el tratamiento dental en el diabético diagnosticado, es importante recabar información detallada acerca del paciente antes de cualquier tratamiento: el tipo de diabetes que padece, la edad en que comenzó, los medicamentos que recibe y el método de administración, el cumplimiento de las órdenes médicas y la técnica de monitoreo, así como los antecedentes de complicaciones, los resultados más reciente de pruebas de laboratorio y el nombre y dirección del médico tratante (Iruretagoyena, 2006), ésta información permite al especialista brindar un tratamiento más eficaz.

Los diabéticos pobremente controlados tienen mayor riesgo de desarrollar infecciones y manifestar retardo en la curación de las heridas. “Las infecciones agudas pueden afectar desfavorablemente la resistencia a la insulina y el control de la glucemia, lo cual a su vez puede alejar e influir en la capacidad de curación del organismo” (Cardozo y Pardi, 2002 p.3).

Específicamente en el paciente con diabetes tipo 2 su enfermedad debe estar bien controlada y sin padecer problemas médicos concurrentes, esto le permitirá recibir todos los tratamientos odontológicos que necesite sin que haya

que modificar los protocolos de atención (Cardozo y Pardi, 2002), saneamiento básico, reconstrucción o extracción de piezas dentales (Cardoso, 2002).

Si el paciente no está controlado, no debe realizarse el tratamiento odontológico (Cardozo y Pardi, 2002), en este caso se instaurará tratamiento médico con analgésicos o antiinflamatorios, más antibióticos en caso de infección, de ser posible, se pospondrá la intervención odontológica hasta que la glucemia se encuentre en un rango de 120-200 mg/dl (Grupo Diabetes SAMFyC 1999).

Es preferible que las citas sean en la mañana, como menciona Cardozo y Pardi (2002), en este horario los niveles endógenos de cortisol son generalmente más altos (el cortisol incrementa los niveles de azúcar en sangre), igualmente es de suma importancia cerciorarse de que el paciente haya comido normalmente y aplicado o ingerido su medicamento.

### **Tratamiento psicológico**

El tratamiento psicológico con referencia al paciente diabético, promueve y establece la adherencia al tratamiento médico, debido a la gran diversidad de conductas que puede tener una persona diabética, principalmente si acaba de recibir el diagnóstico (Ginarte, 2001).

Una persona, al momento de sufrir una pérdida, como la salud, requiere pasar por un duelo antes de aceptar su enfermedad, controlarla y adaptarse a un nuevo estilo de vida (Mahan y Escott-Stump, 2001), sentirse bien con sus relaciones interpersonales y con su vida en general (Pérez, 2005).

Duran (1997), menciona cuatro momentos en el proceso de duelo, que presenta una persona al recibir un diagnóstico de diabetes:

- Negación: la persona siente y piensa que la enfermedad no es parte suya y considera que no debió atacarla, pues llevaba una vida ordenada.
- Temor: surge el miedo a quedar inválido o a morir por causa de la enfermedad, ser derrotado por ella provoca frustración y depresión, alterándole física, psicológica y socialmente.
- Súplica: solicita al médico, familiares, brujo, curandero y demás personas que le ayuden a cualquier precio a curarse.

- Aceptación: el paciente acepta vivir con su diabetes, ha organizado su vida, y ha buscado información acerca de su enfermedad.

La misión del psicólogo es dar soporte a la persona enferma, si lo requiere, por las etapas del duelo que se presentan inmediatamente después del diagnóstico, con el propósito de que no se le dificulte este proceso, contribuyendo para evitar un duelo patológico, que tiene como consecuencia el evitar atenderse, acelerando la aparición de las complicaciones de la enfermedad e incluso ocasionar una muerte prematura (Pérez, 2005).

Es evidente que el personal de las diversas áreas de la salud, están colaborando en el cuidado y control de la diabetes, sin embargo esto no ha sido suficiente, ya que la cantidad de enfermos continúa acrecentándose día a día.

## **CAPÍTULO 3**

### **TRATAMIENTO PARA LA DIABETES TIPO 2**

La diabetes tipo 2 al ser una enfermedad crónico-degenerativa que está fuera de control, ha provocado que los profesionales de la salud, le den diversos tratamientos con el propósito de encontrar una solución a esta enfermedad que se está volviendo epidemia mundial.

#### **ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

El tratamiento predominante para el control de la diabetes es el biomédico, en donde se maneja la adherencia o cumplimiento a dicho tratamiento (Mercado, 1998). Generando capacitación al personal de salud para lograr que el paciente se adhiera al tratamiento, dejando a un lado el dolor del paciente.

Durante la formación médica, tradicionalmente se enseña que el médico es quien posee la verdad absoluta y es la autoridad pertinente para tomar la mejor decisión en cuanto al paciente (Vázquez, 2002) o persona receptiva de un servicio sanitario, con el objeto de mejorar o prevenir una enfermedad,

trastorno o lesión traumática (MOSBY, 1995). En otras palabras, el médico es la persona facultada para decidir el presente y futuro de una persona enferma.

No cabe la menor duda, que si la enfermedad es aguda o infecto-contagiosa el papel de este personal de salud es fundamental, sin embargo, al trabajar con las enfermedades crónico-degenerativas, su situación cambia (Mercado, 1998), puesto que estos padecimientos son atendidos fuera del consultorio médico u hospital, por el propio enfermo.

Desafortunadamente el concepto de *enfermedad* que posee esta área no hace diferencia entre estos dos tipos de paciente, de acuerdo al diccionario de medicina MOSBY (1995), se puede dividir en cinco fases:

- I.- Se experimenta el síntoma: la persona comprende que algo funciona mal y decide remediar la situación.
- II.- La persona acepta que la enfermedad es real y que precisa cuidados: se busca consejo o guía y abandona temporalmente sus obligaciones habituales.
- III.- Se busca la ayuda profesional: las declaraciones de una autoridad en la materia identifican y ratifican la enfermedad y legitiman su papel de enfermo.
- IV.- El tratamiento profesional se lleva acabo y el enfermo lo acepta, ya se denomina paciente; el enfermo dependiente puede desarrollar sentimientos ambivalentes y manifestar rechazo hacía el tratamiento, el médico y la enfermedad.
- V.- Rehabilitación o recuperación: el paciente abandona su papel de enfermo y vuelve a reasumir las obligaciones y papeles habituales hasta donde sea posible. Algunas personas intentan mantener su papel de enfermo, convirtiéndose a sus propios ojos en enfermos crónicos.

De esta manera, se hace responsable al enfermo de su padecimiento. Si no mejora, el enfermo es quien no está comprometido con su salud, puesto que es él quien debe aceptar, acatar y llevar a cabo al pie de la letra las indicaciones del personal de salud que le atiende.

En el mismo concepto de enfermedad, se maneja que al enfermarse una persona debe dejar de lado sus obligaciones, para cuidar de si misma, esto es posible si se encuentra postrada en cama, pero si su enfermedad es la

diabetes tipo 2, una enfermedad que estará a su lado por el resto de su vida, debe adaptarse tanto a la enfermedad como a sus obligaciones.

Cuando los deberes sobrepasan sus posibilidades de cuidado, aparecen las complicaciones, no por no ser responsable de su salud, sino por que asume como prioridades los quehaceres hogareños, cuidados de su familia, trabajo, antes de su propia salud.

El personal de salud se enfoca en que el paciente debe llevar a cabo una buena adherencia al tratamiento; si el término *adherencia*, hace referencia a mostrar conformidad y simpatía con una idea (Diccionario de la lengua española Porrua, 1990), en este caso se trata de que el paciente acepte y lleve a cabo la prescripción del médico, colaborando de manera voluntaria y activa (Ferrer, 1995).

Zaldívar (2003), menciona que la adherencia terapéutica hace referencia a una infinidad de conductas: aceptar y tomar parte del programa o plan de tratamiento, poner en práctica las indicaciones del mismo, evitar comportamientos de riesgo, así como incorporar al estilo de vida conductas saludables.

La “adherencia es un proceso lento y continuo que resulta de la conjunción de la información clara y sencilla” (Medel y González, 2005, p.2), que en muy pocas ocasiones se consigue, un enfermo al valorar las cosas de mayor importancia, se guía por todas aquellas que se encuentran en su presente, las que está viviendo actualmente, las complicaciones son un futuro incierto, que cuando se conviertan en presente se les dará la atención necesaria.

Cuando un personal de la salud realiza su trabajo, prescribiendo al paciente, por lo general deja de lado a la persona y se enfoca en el enfermo, esto es: ignora la sociedad a la que pertenece, su cultura, sus esquemas mentales, sus dudas, sus temores, sus ansiedades e ideas (Jinich, 2002).

Algunas de las principales causas de la no adherencia, según Medel y González (2005), son la falta de análisis en las necesidades de cada paciente y las recomendaciones estereotipadas, no todas las personas responden de la misma manera a situaciones iguales o parecidas.

El profesional sanitario, así como los sistemas de salud en general tienen una gran influencia en el comportamiento de los pacientes (OMS, 2003),

la cual puede ser en beneficio de los profesionales o a favor del enfermo (Galindo, 1998).

En el primer caso: se ve al enfermo sólo como paciente, una especie de objeto o cosa, al que se puede tratar o estudiar; éste ha sido el trato más manejado entre los profesionales de la salud, quienes además se han enfocado más en realizar estudios e investigaciones para combatir este tipo de enfermedades dentro de excelentes laboratorios llenos de magnífica tecnología, en lugar de salir a la calle y observar a la persona que está dependiendo de estas supuestas curas a enfermedades que no tienen nada que ver en los laboratorios, sino en la vida cotidiana, lo que puede o no comer, lo que puede o no hacer, lo que puede tomar para controlar su enfermedad y no lo que debe hacer, de acuerdo a los profesionales de la salud.

En el segundo caso, ver y tratar al enfermo como una persona subjetiva que toma decisiones y tiene capacidad de reflexionar sobre su situación. De acuerdo con Medel y González (2005, p.2): “Se ha observado que mostrar preocupación y empatía hacia el usuario favorece el acercamiento de los pacientes a los servicios de salud”

De esta manera, la adherencia terapéutica ha sido insuficiente para controlar a la diabetes tipo 2, puesto que se ha enfocado más en imponer soluciones que en estudiar el por qué de la enfermedad y sus complicaciones.

Lo cierto es que lo teórico es muy práctico en la teoría, pero poco práctico en la práctica, para que funcione fuera de las cuatro paredes en donde se enseña, debe adaptarse a las diversas situaciones en que se necesita y brindar la utilidad para lo que fue creado.

## **DIABETES Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Otra forma de atender a la diabetes ha sido por medio de educación para la salud, como menciona Brunner y Suddarth, (2002, p.1119): “el paciente diabético debe adquirir conocimientos sobre nutrición, efectos favorables y secundarios de los medicamentos, ejercicios, progresión de la enfermedad, estrategias de prevención, técnicas de vigilancia y ajuste de los medicamentos.”

*Educación* se entiende como el desarrollo de capacidades, actitudes o formas de conducta y adquisición de conocimiento, como resultado del entrenamiento o enseñanza, el cual generalmente es restringido, organizado y dirigido por otros (Warren, 1996).

Al hablar de educación, se apela al clásico método de enseñanza, en donde una persona con amplios conocimientos; docente, autoridad, versado, experto o especialista, en una determinada materia, adiestra a otras tantas personas; alumnos, discípulos, estudiantes u oyentes, no sólo con el fin de conocer, sino de incorporar este conocimiento a su vida cotidiana, generalmente de la materia que se instruye.

De tal manera que el personal de salud está encargado de dirigir, encaminar, desarrollar y perfeccionar las facultades intelectuales (diccionario de la lengua española Porrua, 1990) del enfermo, brindando sólo aquellos conocimientos que percibe como necesarios para el control de la enfermedad, lo cual implica educar al enfermo desde el área biomédica.

El equipo de salud proporciona al enfermo las herramientas necesarias para lograr el mejor control de su diabetes, por medio de pláticas, en donde los pacientes puedan conocer de forma más detallada su enfermedad. Los temas principales, de acuerdo con Brunner y Suddarth (2002) son:

- Cuidados de los pies
- Cuidados de los ojos
- Higiene general (cuidado de la piel e higiene bucal)
- Tratamiento de los factores de riesgo (control de la presión arterial y de los lípidos, normalización de los niveles de glucosa en sangre).
- Nutrición
- Ejercicio
- Medicamentos

El profesional de la salud desempeña un rol pedagógico dirigido a la comunidad, aportando su capacidad teórica de análisis y manejo metodológico, para buscar las leyes, reglas y causas de las enfermedades (Valadez, Pando y Amescua, 2000). Sin embargo y como menciona el grupo de diabetes SAMFyC (1999), el tiempo es uno de los recursos más escasos en la Atención Primaria, éste, no permite una mayor valoración de las necesidades predominantes del

enfermo, sino del cumplimiento de los programas preestablecidos para educarlo.

Este método, es realizado, de acuerdo a lo que los mismos profesionales de la salud han recibido. El conocimiento médico se adquiere por medio de signos, escritura que se encuentra en libros, en la escuela o institución, donde se encuentran los expertos de la salud (Cardoso, 2000).

El conocimiento del enfermo, en este caso del diabético, se da por medio de símbolos, generalmente orales, metáforas, reglas, consejos, etc., que provienen de personas con reconocimiento en su comunidad, lo mismo puede ser un médico que un chamán, un profesor que un sacerdote (Cardoso, 2000), los expertos en el padecimiento.

Es aquí donde surge el choque entre lo que considera mejor cada parte, el personal sanitario intenta que el paciente aprenda a cuidar y prevenir las complicaciones de su enfermedad, realizando los cuidados que se le enseñan; en tanto que el diabético sólo pretende continuar con sus actividades cotidianas lo mejor que sea posible, llevar acabo lo que ha aprendido durante toda su vida: trabajar, cuidar, alimentar, escuchar, comportarse, etc.

Por otro lado y como maneja el grupo de diabetes SAMFyC (1999), el establecimiento de comportamientos saludables y hábitos de cuidados depende del saber (conocer), querer y poder:

El paciente sabe lo que es bueno y aconsejable para su salud, ya sea por que ha recibido instrucción por parte del personal sanitario, ha escuchado acerca de la enfermedad, ha visto el padecimiento en alguna persona cercana, cualquiera que sea la forma, él posee conocimientos sobre como prevenir las complicaciones de la diabetes.

La persona enferma quiere y desea cuidarse a si misma, para evitar complicaciones y malestares de la enfermedad, adoptando comportamientos benéficos para su salud, hacer ejercicio, llevar una dieta balanceada, tomar sus medicamentos, aunque esto sea temporal.

Tener una enfermedad crónica-degenerativa, implica realizar cambios en la vida diaria, que la mayoría de las veces no se consigue lograr, pues no se cuenta con los medios necesarios para poder realizarlos: dinero, clima, lugar en la familia, vivienda, prioridades, entre otros.

El docente y las instituciones de salud deben proporcionar conocimientos acerca del sujeto-sujeto (Valadez, Pando y Amescua, 2000), al personal sanitario, para que desarrolle una concepción diferente de la salud-enfermedad, integrando tanto los conceptos que posee el profesional como los del enfermo, instruir a los profesionales de la salud desde el ámbito: médico profesional-persona enferma.

De esta manera, no sólo se instruirá al enfermo, sino también al personal de salud sobre el padecimiento de una persona diabética, permitiendo ver a una misma enfermedad desde dos diferentes ángulos y por ende surgirán una infinidad de posibles soluciones, que van más allá de instruir y pedir que se acate al pie de la letra la prescripción médica, trabajar en conjunto por un bien común.

## **PADECER UNA ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVA**

La diabetes tipo 2, requiere de un tratamiento especial y de por vida; el paciente tiene que aprender a equilibrar una variedad de factores y no sólo a realizar las habilidades de cuidado personal diario, para evitar los aumentos o disminuciones de la glucosa (Brunner y Suddarth, 2002), lo cual implica incorporar nuevas actividades a su vida diaria.

Al recibir conocimientos acerca de su enfermedad, la persona se conscientiza de su situación y tiene toda la intención de llevar a cabo las instrucciones y recomendaciones recibidas, incluso lo realiza por un breve tiempo. Esto resulta complicado para el enfermo, no se trata de llevar a casa un nuevo conocimiento y ya, sino de aplicarlo anteponiéndolo a los conocimientos que ha adquirido durante toda su vida.

Mientras para los profesionales de la salud el tratamiento que ofrecen para la diabetes es la solución, para el enfermo resulta ser un problema más a su padecimiento, ya que su preocupación se basa en el aquí y el ahora y no en el mañana (Mercado, 1998), en como su padecimiento esta afectando en el presente no sólo su vida sino la de su familia en general (Perry, 2005).

El padecimiento entra en la familia del enfermo, ya que ésta es su red social más cercana (Mercado 1996), es en donde se ha desarrollado de determinada manera, ha jugado un rol específico, aportando conocimientos y

recibiendo otros, jugando un papel fundamental, pues sin este integrante de la familia, ésta ya no sería su familia, sería cualquier otra.

Una enfermedad crónico-degenerativa afecta a toda la red social, como menciona Perry (2005), cuando se le diagnostica diabetes a una parte de la pareja, se transforma la vida de toda la familia: cambios en la dieta, costos de la atención médica y los medicamentos, incluso de la misma alimentación y la preocupación acerca del futuro. Los efectos que esto produce en los hijos e hijas, aunque ya sean adultos, tienen un gran impacto en la vida de todos.

Ver a papá, mamá o hijo enfermo equivale a angustia, desesperación y miedo, ahora bien, si como integrante de la familia se sabe que se causa esta preocupación, se tratará de evitarla en lo posible, incluso adaptándose al dolor crónico, éste se interpreta como un fenómeno normal, pues la angustia y el malestar que provoca se transforman paulatinamente en una sensación común no agradable, pero que llega a ser tolerable (Romero, 2006).

Es frecuente que el enfermo tenga el dolor por varias semanas, meses o años de duración, pero aprende a convivir con él, se torna cotidiano y le permite al enfermo sobrevivir (Romero, 2006). La persona diabética prefiere este método antes que dejar de realizar las funciones que le corresponden dentro de su familia, las cuales tienen que ser social o culturalmente aceptadas.

Un enfermo de diabetes, hombre o mujer, no es sólo un enfermo crónico, en el caso de las mujeres, se puede ser una persona responsable de una familia, empleada, compañera, amiga, vecina, participante activa de una comunidad, su tiempo tiene que alcanzar para realizar todas estas actividades, para llevarlas a cabo, la persona enferma les da una prelación.

Por ejemplo, para una persona diabética es prioridad hacerle notar a su hija que es importante para la familia y su cumpleaños no puede pasar desapercibido, por ello habrá que realizar una comida para festejarla, a la que acudirá toda la familia, la cual no tiene la culpa de su diabetes por tanto no puede privarlos de la comida típica mexicana. ¿Si no, qué convivencia habría en el festejo?

En la gastronomía mexicana los ingredientes básicos son: las grasas, las carnes, las harinas y el picante, sin éstos la comida no sabe a comida, no está cargada de las proteínas y los carbohidratos necesarios a los que está

acostumbrado el mexicano, por ello, cuando reciben una dieta por parte del personal de salud, siente que tendrá hambre, ya que para él, dieta es sinónimo de pasar hambre (Mercado, 1998).

Además, esta situación, también evita una buena convivencia, mientras la mayoría come “carnitas”, el diabético tendría que consumir mayor cantidad de verduras y estando sentados a la mesa tarde o temprano sedera, quizás no por el antojo, pero si por el gusto de convivir con sus seres queridos, generando un ambiente calido de aceptación del grupo social.

Por otro lado, para el enfermo, ejercicio es equivalente a caminar (Mercado, 1998), toda actividad que realice y que incluya el caminar: trabajo, quehacer, ir de compras, ir a dejar a los hijos, implica que ya realizó ejercicio, pues se siente cansado. Si éste es su estado y encima ya no tiene tiempo, pues tuvo que realizar un sin fin de actividades durante el día, considera que el ejercicio está en segundo orden y por tanto ya no es necesario.

En cuanto a los medicamentos, estarán dependiendo del factor económico (Mercado, 1998), una persona con solvencia económica podrá comprar los medicamentos que receta el doctor y llevar a cabo su tratamiento, pero si se habla de una persona que recibe el salario mínimo, quizás un poco más o hasta menos, preferirá comprar alimentos (que por lo general no están dentro de la dieta prescrita por el personal de salud), útiles, ropa, zapatos, pagar la renta y la luz, antes de comprar un medicamento costoso.

En este caso, optará por un tratamiento alternativo, uno que le permita cubrir sus necesidades y las de su familia, acudirá al hierbero, curandero o algún vecino o familiar que le otorguen, no sólo una posible cura, sino esperanza y ánimos para seguir adelante por su familia, que le necesita (Pascual, 2005).

De esta manera el padecimiento va más allá de un dolor físico, se compone de ideas, experiencias, conocimientos, creencias, suposiciones, esperanzas, miedos y actitudes hacia la enfermedad, además del sentir del enfermo con respecto a sus redes de apoyo psicosocial, afectivas e incluso religiosas (Martínez, 2003).

Para lograr una mejor atención a la persona enferma se requiere dirigir la metodología teórica hacia el conocimiento de las necesidades, ideas, fantasías del enfermo, para aprender, analizar y resolver de manera conjunta

este problema (Valadez, Pando y Amescua, 2000) que aqueja a tantas personas, dirigidas a la vivencia de la diabetes.

Es conveniente estudiar la experiencia del padecimiento, como se vive la diabetes, afuera: en el hogar, el trabajo, en la comunidad, en donde el dinero no alcanza más que para sobrevivir y la única medicina que se puede tomar es la que está sembrada en una maceta.

## **CAPÍTULO 4**

### **CULTURA Y DIABETES TIPO 2**

#### **CULTURA, ESTRUCTURA SUPERIOR AL CUIDADO DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA**

Para comprender y conocer a una persona y el cuidado que tiene de si misma, se requiere entender el contexto en el que se desenvuelve, dónde vive, cómo vive, cuáles son sus preferencias, valores, normas y metas, esto es, conocer su cultura.

Cultura hace referencia a “ese todo complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cuales quiera otras aptitudes y hábitos que el hombre adquiere como miembro de una sociedad” (Citado en Valero, 2003, p.169).

La cultura determina el estilo de vida de una sociedad o grupo, en donde se incluyen aspectos como: costumbres, tradiciones, creencias, valores, lenguajes, objetos físicos, que van desde herramientas hasta artesanías (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

Otro concepto que se debe tomar en cuenta es la sociedad, ésta define todo aquello que pueda observarse, mientras que la cultura hace referencia a lo que se encuentra más allá de lo evidente, la estructura que configura la diversidad y heterogeneidad de lo social (Galindo, 1998).

Un grupo comparte un conjunto de valores, normas, metas, además de desarrollar una serie de recursos y habilidades psicológicas, cognoscitivas, conductuales y sociales, entre otras, para realizar determinadas actividades (Sánchez, 2002).

De esta manera, la cultura es un proceso social y colectivo, en donde una persona interactúa dentro de un grupo social, compartiendo aspectos y prácticas de la vida diaria, respondiendo a retos de supervivencia, explicándose así mismo y a los demás en su entorno, su pasado y futuro (Puga, Peschard y Castro, 2003).

La cultura está compuesta de patrones aprendidos y organizados de conducta, como maneja Linton, es “la suma total de los patrones de conducta, actitudes y valores compartidos y transmitidos por los miembros de una sociedad dada”. (Citado en Mann, 1993, p. 16).

En cada sociedad, la familia en general ha presentado características particulares, con respecto a lo que tienen que llevar a cabo los integrantes de cada genero, la mujer dentro del hogar y el hombre fuera de ella, lo cual ha implicado que desde pequeños se les eduque y estipule un rol que tienen que cumplir, para poder ser aceptado e interactuar dentro de su cultura.

Un claro ejemplo de ello es la educación que se recibe en el hogar con respecto a lo que le corresponde realizar a cada integrante de la familia, a la mujer por ejemplo se le asigna el cuidado del hogar y los hermanos, mientras que a los hombres se les indica que realicen labores como la compostura de algún aparato, podar el pasto, etc.

La cultura es todo aquello que se aprende a base de vivir día con día, haciendo sólo lo necesario para vivir dentro de la sociedad y realizando todo para contribuir a la prevalencia de ésta. Cada persona es un integrante fundamental en su cultura, por tanto, no sólo actúa dentro de ella, realizando diferentes actividades y funciones, sino que la transmite a otros integrantes, igual que le fue transmitida.

La transmisión de estas normas culturales o endoculturación (Valero, 2003), se da gracias a la perseveración de los adultos, los cuales tienen como principal trabajo enseñar a los niños acerca de su forma de vida, en la mayoría de los casos sin detenerse a reflexionar si es lo mejor o no, enseñan lo que les fue enseñado, por que para ellos ha resultado bueno.

Cada integrante del grupo define y ayuda a mantener todo aquello que considere normal, dando soporte a las cosas que cree necesarias y valiosas (Sánchez, 2002), todo esto se pasa de generación en generación, formando una cadena fuerte, que siempre es preferible modificar, antes que perder.

La cultura es todo aquello aprendido a través de toda una vida en una sociedad que abarca desde la manera de comportarse hasta la forma de ser; debido principalmente a que todo lo que realiza el ser humano: la forma de caminar, comer, vestir, hablar, estudiar, la música que escucha, el cortejo, los temas que hable, con quien los hable y la forma en que los hable, etc., dependen de las adquisiciones que extrae de su cultura. El impacto cultural en las personas es sumamente fuerte (Myers, 1987).

Para que una sociedad funcione adecuadamente, como maneja Foucault, se requiere del uso de poder que cada integrante de ésta posee, apoyándose mutuamente y de manera sutil (Citado en Chiu, 2006), en otras palabras para que una sociedad funcione de manera magna, se requiere que cada integrante realice sus actividades correspondientes, ejerciendo su pequeño, pero no menos importante poder, maestro y alumno, jefe y empleado, hombre y mujer, ya que, en cada grupo existen relaciones de autoridad que permiten el buen funcionamiento de dicho grupo.

Para Foucault, poder se entiende como una relación de fuerzas, una situación estratégica en una sociedad determinada, una especie de cadena que une a todas las partes. Cada integrante del grupo está atravesado por relaciones de poder, no puede ser considerado independientemente de ellas (Citado en Enciclopedia Wikipedia, 2006), de esta manera, poder “es el nombre que se le presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada” (Foucault, 1977, p.113).

Una persona siempre utilizará lo que ha aprendido, lo que le es útil, dentro del contexto en el que interactúa, además de ser una colaboradora

activa dentro de una sociedad o grupo, una participe que se requiere de manera fundamental para el buen funcionamiento de su entorno.

Para que la cultura continúe funcionando de manera adecuada y prevalezca, requiere que cada integrante participe en el sistema, manteniendo un equilibrio que permita alinear los objetivos y las metas impuestas por la misma cultura (Foucault, 1977).

Por ello es necesario que haya del hombre a la mujer o del adulto al niño y viceversa, relaciones de dominación bien específicas que tienen su configuración propia y su relativa autonomía. Las relaciones de poder se encuentran estrechamente ligadas a las familias, a la sexualidad y a las producciones íntimamente enlazadas y que desempeñan un papel de determinante y determinado (Chiu, 2006).

Un ejemplo de ello es el contrato matrimonial (o la unión de una pareja), tanto el hombre como la mujer adquieren deberes u obligaciones que no son iguales pero si compartidos. Vivir en pareja define una relación dual, ambas partes son participes recíprocos en los cuidados que brinda cada uno, no sólo se trata de procrear sino de cuidar a la comunidad. La unión de una pareja se expresa como una exigencia natural del ser humano y útil para todo integrante de un grupo (Foucault, 1987).

Esto se da debido principalmente a que el poder de los roles socialmente prescritos para moldear actitudes, conductas y el sentido de identidad se evidencia en las ideas que están implantadas en la cultura y son llevadas a cabo con respecto a la masculinidad y la feminidad.

Otro punto que se debe tomar en cuenta, es la tecnología con la que se cuenta en cada cultura, “los contenidos instrumentales pretenden conectar y dirigir distintos procedimientos tecnológicos a las condiciones del hábitat” (Valero, 2003, p.170), con el propósito de mejorar la calidad de vida de los integrantes de cada sociedad.

Todos aquellos instrumentos que faciliten la vida de una persona: agua potable, electricidad, aparatos electrodomésticos, medios de transporte, medios de comunicación, etc., son importantes en una sociedad, puesto que indican en gran parte como es que se vive en esa cultura y a la vez si estos les han afectado o han permitido una mejora en sus vidas, no todos los grupos los

poseen, pero se han adaptado y han adaptado las condiciones ecológicas que están en su medio para mejorar su calidad de vida.

Todo ello nos lleva a considerar que los integrantes de cada sociedad, cambian y modifican su cultura, en el transcurso de tiempo que habitan en su comunidad, tratando de beneficiarse o mejorar su calidad de vida en un determinado momento histórico, aunque ello implique que estos cambios afecten en el futuro.

Un ejemplo de ello es la cultura mexicana, ya que para otras sociedades, la identificación que se tiene del mexicano es homogénea, pero para llegar a ésta, hubo de tomarse en cuenta las tan diversas aportaciones que hacen todos los grupos que conforman al país: creencias, comidas, vestimentas, etc., que se manifiestan en los diferentes estados que componen a La República Mexicana.

Estas cualidades, no solo son representativas del mexicano, sino que hacen al mexicano. Si una persona que pertenece a esta cultura o cualquier otra, considera que está siendo afectada su sociedad por no cumplir con sus actividades o no contribuir al mantenimiento de su grupo, dejará de lado la actividad que le impide colaborar en el equilibrio social.

Tal es el caso del cuidado de la diabetes tipo 2, cuando se prescribe el tratamiento y se educa sobre como llevarlo a cabo, la persona no puede realizarlo por que primero requiere cumplir con todas aquellas funciones que le corresponden dentro de los diversos grupos a los que pertenece.

Por ello, es recomendable tomar en consideración la perspectiva de la persona enferma y el contexto en que vive, para entender la forma en cómo realiza la terapia prescrita (Mercado, 1998), si ésta en lugar de ser una ayuda es un problema, no sólo para la persona, sino para los grupos a los que pertenece.

Si el personal de salud se concientiza de la cultura del enfermo diabético, la ayuda que podrá brindarle será aun mayor, puesto que no afectará las actividades y funciones de ésta, ya que la cultura no es estática, cambia constantemente mediante el contacto con otras culturas o necesidades.

## **PATRONES FEMENINOS, CUIDADORES DE LA CULTURA Y NO DE LA DIABETES TIPO 2**

Al igual que la cultura prevalece a partir del poder, tradiciones, patrones, sentimientos, conductas, emociones, entre otros factores, que posee cada integrante, ésta a su vez define las funciones que cada integrante debe llevar a cabo, para la prevalencia de la sociedad a la que pertenece. La cultura fomenta notablemente, el papel que cada género debe desempeñar, tanto para comportarse, como para la realización de los quehaceres y el trabajo en determinado grupo.

González (1994 p.148), basándose en Margaret Mead, menciona que:

...no se nace hombre o mujer sino que se llega a ser lo uno o lo otro mediante un proceso de aprendizaje por el cual los individuos internalizan los modelos, valores y normas de conducta que su sociedad atribuye a su sexo. La identidad se construye entonces como un doble proceso, sociocultural y psicológico... La sociedad determina lo que es hombre y lo que es mujer.

Ahora bien, el termino sexo hace referencia a las características biológicas determinadas, invariablemente entre el hombre y la mujer, mientras que el término género se utiliza para señalar las características constituidas socialmente y que atribuyen la definición de lo masculino y lo femenino (Hernández y González, 2000).

Tal es el caso de la mujer, quien ha adquirido y llevado acabo un patrón, ha seguido una muestra o modelo que ha copiado e imitado (Warren, 1996), de acuerdo a la sociedad a la que pertenece, creando una identidad única y a la vez compartida por las mujeres de su grupo.

La identidad que adquiere cada persona está totalmente ligada a la perspectiva del genero, la cual establece comportamientos y expectativas, características de hombres y mujeres (Ochoa, 2003) que prevalecen en su sociedad. La comunidad en la que cada individuo vive, marcará lo que se es y lo que debe ser.

Así, tenemos el papel que ha adquirido y desempeñado el hombre y la mujer a través de la historia, como plantea Foucault (1984), hay dos formas de actividad y dos maneras de organizar el tiempo, el hombre se encarga de la producción, el ritmo de las estaciones, la espera de las cosechas, el momento

oportuno para prevenir<sup>1</sup>; mientras que la mujer se encarga de la conservación del gasto, ordenamiento, distribución y sobre todo el almacenamiento dentro de la casa.

De esta forma el rol que se ha asignado a la mujer es el de cuidadora, la persona a la que le corresponde atender a toda la familia, desde los hermanos, hasta sus padres en el hogar paterno, aprendiendo y repitiendo actividades que realizará para la familia que formará, cuidando a su esposo, hijos y casa. Por ello un papel fundamental, que a la vez se ha llegado a ver como una función de la mujer es la de procrear, como menciona González (1994, p.149): “la principal responsabilidad de las mujeres es la crianza de los hijos y velar por el bienestar de su familia”

Al respecto Foucault (1977) señala que la mujer ha sido analizada como un cuerpo saturado de sexualidad, que permitió las prácticas médicas y por último fue puesto en comunicación con el cuerpo social, regulando el espacio familiar por medio de la fecundidad.

La procreación es un papel natural que posee la mujer, pero el rol social que ha adquirido con respecto a la maternidad toma en cuenta las interrelaciones que las madres tienen con sus hijos (González, 1994). Su función va más allá de sólo traer al mundo a otro ser vivo (naturaleza), sino que implica cuidarlos, preocuparse por ellos, educarlos, inculcarles valores, alimentarlos, brindarles todo lo necesario, de acuerdo a sus posibilidades (social).

La mujer es un elemento sustancial y funcional en la vida de los niños, produce y garantiza una responsabilidad biológico-moral (Foucault, 1977), se encarga del cuidado del cuerpo humano como tal, sin dejar de lado su papel de principal transmisora de los mismos patrones y comportamientos que le fueron enseñados.

Para que lleve a cabo este patrón, las opciones que tiene son variables y a la vez muy parecidas, su fin común es el de la protección y el cuidado de su familia, como quiera que se componga ésta, con esposo e hijos, sólo hijos o incluso con algún otro familiar (algún padre, sobrino o hermano).

---

<sup>1</sup> Foucault (1984), hace notar la influencia que tienen las estaciones del año sobre las actividades y comportamientos de las comunidades, en función del clima, lo que permite el desarrollo de la agricultura y todo lo que gira en torno a ésta.

En el caso de la mujer mexicana, su deber social consiste en la conservación del buen estado de su familia, por ello se ha tenido que acoplar a las diversas situaciones que se presentan en su sociedad, un ejemplo de esto, es hacerse cargo de la jefatura familiar de forma completa o compartida con su pareja, para cubrir las necesidades de este pequeño grupo.

En la sociedad mexicana prevalece el uso y consumo de productos que cubren las necesidades de cada individuo, productos que en un principio se encontraban en el campo, pero ahora sólo se encuentran en tiendas con un costo monetario, cuando el salario del varón no alcanza para cubrir estos gastos o cualquier otro que se presente: gastos médicos, escolares, etc., la mujer brinda ayuda ya no sólo desde dentro del hogar sino fuera de este.

De acuerdo con López (1993), el papel que realiza la mujer en la economía del hogar se da en tres niveles: producción y comercialización de bienes y servicios, ahorro y reproducción.

*Producción y comercialización de bienes y servicios:* tiene un empleo por el cual obtiene un salario, también puede obtener ingresos por medio de servicios domésticos, venta de alimentos, ropa o artículos para el hogar, lo cual no implica un trabajo como tal, pero si contribuye al sostenimiento familiar.

*Ahorro:* surge al hacer productos dentro de la casa, como ropa o alimentos, incluso se puede dar al ayudar en la actividad de su pareja, en la agricultura, el comercio o actividad productora familiar, en cuyo caso no obtiene un ingreso adicional, pero si evita el pago de salario a un ayudante.

*Reproducción:* participa como administradora del hogar, se encarga de la alimentación y cuidados de su pareja e hijos, además de tomar decisiones sobre las compras necesarias para el hogar, dónde, cuándo y cuánto se compra, de tal manera que se consiga un ahorro.

Cuando decide hacerse cargo de forma total de su familia, rompiendo con una relación de pareja, por una separación de cualquier índole, puede realizarla en la medida que cuente con los recursos económicos, sociales y psicológicos para hacerse cargo tanto de la manutención del hogar como del soporte emocional de su núcleo familiar (Cervantes, 2003).

Es así como a través del tiempo, la mujer ha ido tomando participación más activa en el campo laboral con el fin de cumplir su función de cuidadora. Cualquier ingreso que entre al hogar es de gran ayuda para la conservación

familiar, sin importar si se tiene o no ayuda económica por parte de otro integrante de la familia, que no siempre es la pareja, conforme van creciendo y adoptando conductas benéficas a la familia, los hijos también colaboran.

Otra forma en que la mujer ha contribuido, ya sea madre o hija de familia, es saliendo a trabajar en diferentes empleos a la par de los varones. Generalmente los trabajos desempeñados por la mujer son aquellos que prestan servicios a otros (Bucci y García, 2003) como secretarias, enfermeras, empleadas domésticas, cuidadoras de niños, obreras, costureras, etc., cumpliendo nuevamente con su rol de cuidadora.

Por otro lado, “La posición familiar y cívica de la mujer casada le impone reglas de conducta” (Foucault, 1984, p. 134), una mujer debe comportarse de acuerdo a lo preestablecido por su cultura. Al adquirir un compromiso de pareja; sus conductas deben ser diferentes a las de una mujer soltera o hija de familia, por la responsabilidad adquirida, la cual puede verse reflejada en el cambio de ropa, los lugares que va a frecuentar, sus amistades y relaciones en general.

Todas estas conductas si bien no las había realizado hasta el momento de tener una pareja, sí las conocía, puesto que las vio en el hogar donde creció y fue formada como mujer.

Desde este punto, la mujer se convierte en cuidadora de los demás y educadora de los mismos. Los conocimientos que trasmite a las personas a su cargo, abarcan desde como vestirse hasta que pensar, donde encontrar un artículo cualquiera, hasta un determinado conocimiento.

Hernández y González (2000), manejan que para una mujer joven su principal fuente de aprendizaje es la familia, conforme va creciendo y enfrentándose a nuevas situaciones, acudirá a solicitar conocimientos entre las mismas mujeres, con aquellas que poseen una mayor cantidad de vivencias, experiencias y conocimientos: madres, suegras, vecinas, hermanas, amigas, compañeras, etc., en quien buscará apoyo y consejos, para solucionar un determinado problema o como actuar en una situación específica.

Este tipo de consultas se dan en gran medida en torno a la salud o malestar físico, ya sea propio o de algún familiar. Una mujer asume y da por sobreentendido que el cuidado y asistencia de salud de su familia le

corresponde en su papel de madre o de figura femenina sustituta (Hernández y González, 2000).

Un patrón de comportamiento en la mujer mexicana es el de adjudicarse la asistencia y soporte familiar, de tal manera que primero está su familia, ver por está es su prioridad. Cuando una mujer siente algún malestar físico o se enferma, se atenderá después de sus responsabilidades, ver, proveer y cuidar a su familia.

De está manera cuando tiene diabetes tipo 2, no es que no se cuide, sino que primero cumple con lo estipulado por sus patrones de comportamiento, posteriormente con la salud de ella, sin tomar en cuenta en el presente las complicaciones futuras de su enfermedad, éstas las atenderá después de haber cumplido como mujer.

Es probable que cuando aparezcan las complicaciones de la diabetes tipo 2, haya alguien que la cuide, generalmente otra mujer, hija, hermana, vecina, sobrina, etc., ahora esta mujer estará cumpliendo con su rol de cuidadora y a la vez educadora, pues continuará transmitiendo estos y todos los conocimientos que adquirió en un pasado, que posee en un presente y que dejará para un futuro.

## **CAPÍTULO 5**

### **INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

A través de la historia el hombre ha tratado de dar explicación a su entorno, a los fenómenos y situaciones que le rodean, como influye éste dentro de su cultura y viceversa, es así como ha llegado a describir todo aquello que le rodea, con el fin de entender, explicar y a su vez tratar de solucionar los problemas que se han presentado en su medio, para ello se ha valido de la metodología, indagación o investigación cualitativa.

#### **¿QUÉ ES LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA?**

Metodología designa el modo en que se enfocan los problemas y la solución de estos. En las ciencias sociales se aplica a la forma en que se lleva a cabo una investigación, de acuerdo al interés y propósito de ésta, para realizarla se requiere de la elección de una metodología, cuantitativa o cualitativa (Taylor y Bogdan, 1987), con el fin de cumplir los objetivos planteados en la investigación.

Metodología cualitativa en su más amplio sentido se refiere a la “investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y a la conducta observable” (Taylor y Bogdan, 1987, p. 20).

Específicamente, la investigación cualitativa explora las experiencias de las personas en su vida cotidiana (Mayan, 2001), en la forma en que las personas interpretan su experiencia y cómo usan esas interpretaciones para guiar su vida (MacQueen, 2002). “El objetivo principal de la investigación cualitativa es la comprensión, centrando la indagación en los hechos” (Rodríguez, Gil y García, 1999, p.34).

Taylor y Bogdan (1987) consideran las siguientes características como las principales de la metodología cualitativa:

- La investigación cualitativa es inductiva.
- El investigador ve al escenario y a las personas como un todo.
- Los investigadores cualitativos, son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio.
- Se trata de comprender a las personas dentro de su marco de referencia.
- Se apartan las creencias, perspectivas y predisposiciones del investigador.
- Todas las perspectivas de los participantes son importantes.
- Los métodos cualitativos son humanistas.
- Se da énfasis a la validez de la investigación.
- Para los investigadores cualitativos, todos los escenarios y personas son dignos de estudio.
- La investigación cualitativa es un arte.

Sin embargo, otros autores como Mayan (2001), consideran que para describir un fenómeno se requiere de un conocimiento previo que permita tener un punto de diferenciación entre lo conocido previamente por el investigador y lo encontrado recientemente como explicación de dicho fenómeno, sin juzgar ni calificar, sólo describir y comprender.

Los datos cualitativos provienen de una mirada profunda a un determinado fenómeno. Los investigadores cualitativos utilizan definiciones amplias del fenómeno, incluyendo casi cualquier evento de la experiencia de la persona (Mayan, 2001).

La indagación cualitativa se hace para: describir un fenómeno, capturar significados y describir un proceso, más no un producto (Mayan, 2001). Por otro lado, lo que se espera en la investigación cualitativa es una descripción densa, una comprensión de experiencia y múltiples realidades (Rodríguez, Gil y García 1999).

La investigación cualitativa, recoge una gran variedad de materiales como: entrevistas, experiencias personales, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas. Sin embargo, la investigación cualitativa tiene significados diferentes, de acuerdo al momento y la situación que describa (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Para Rodríguez, Gil y García (1999, p.35) la investigación cualitativa se da en diferentes niveles: ontológico, epistemológico, metodológico y técnico.

*Ontológico:* aquél en que se especifica cuál es la forma y la naturaleza de la realidad social y natural.

*Epistemológico:* hace referencia al establecimiento de los criterios a través de los cuales se determinan la validez y bondad del conocimiento.

*Metodológico:* se sitúan diferentes vías o formas de investigación en torno a la realidad.

*Técnico:* utilización de técnicas para recabar datos que informen de las situaciones, permitiendo una descripción concreta de la realidad que se investiga.

Es así como la tarea del investigador cualitativo es la de aprender a interpretar, los datos obtenidos en sus investigaciones, ver las cosas desde otro punto de vista diferente al de las personas (Taylor y Bogdan, 1987).

## **ALGUNOS MÉTODOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

Para que la metodología cualitativa cumpla con su objetivo, requiere de la utilización de métodos que le permitan indagar y conocer a fondo los fenómenos que investiga, algunos de estos métodos son: la observación participante, el método fenomenológico, la teoría fundamentada y la etnografía. A continuación se describen estos métodos, aunque de manera más amplia los dos primeros, por ser los utilizados en el presente estudio.

## Observación participante

La observación participante es uno de los procedimientos, más utilizados en la investigación cualitativa, de acuerdo con Delgado y Gutiérrez (1999 p.141), “la ciencia comienza con la observación”, lo cual lleva a problemas de cómo abordarla, técnica o método; en el primer caso, es utilizada como una estrategia para recolectar datos (Mayan, 2001).

En el segundo caso, algunos autores como Taylor y Bogdan (1987), la consideran como un método que permanece flexible, tanto antes como durante el proceso de la investigación.

De esta forma, la observación participante se puede considerar como un método interactivo para recoger información que requiere una implicación del observador en los acontecimientos o fenómenos que está observando, su participación se da en la vida social, compartiendo las actividades que realizan los integrantes de una comunidad o institución (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Ahora bien, que sea utilizada como método o técnica dependerá del criterio del investigador y el propósito de la investigación, su fin es recolectar información que permita explicar un fenómeno, suceso, acontecimiento o conducta.

Mayan (2001) enuncia cuatro tipos de observación participante:

- El observador completo observa sin interactuar con las actividades diarias.
- El observador como participante observa la situación, pero se involucra en actividades de segundo plano.
- El participante como observador estará involucrado completamente en las actividades cotidianas, pero registrará sus observaciones.
- El participante completo estará totalmente inmerso en el escenario y no será reconocido en el ambiente como investigador.

Es precisamente la naturaleza de su participación lo que caracteriza a este método (Rodríguez, Gil y García, 1999), al participar en el escenario, el investigador adquiere conciencia a través de la experiencia personal, conociendo a las personas involucradas; haciendo lo que ellas hacen se puede observar de manera más completa (Mayan, 2001).

Como menciona Mayan (2001), el reto para el investigador es convertirse en un miembro de la comunidad, para comprender la naturaleza del

grupo, pero no al grado de perder la objetividad requerida para registrar y analizar la información adquirida.

En la investigación participante el investigador se sumerge e interna en el escenario o la cultura del grupo (Mayan, 2001), por ello es de suma importancia conseguir un buen rapport con los participantes, desde el principio (Taylor y Bogdan, 1987), esto permitirá una mejor colaboración por parte de los participantes y una mayor confianza en la información obtenida por el investigador.

El rapport, no es un concepto que pueda definirse fácilmente, como manejan Taylor y Bogdan (1987), significa muchas cosas: comunicar la simpatía que se siente por los informantes y lograr que ellos la acepten como sincera; lograr que las personas se abran y manifiesten sus sentimientos respecto del escenario y de otras personas; ser visto como una persona inobjetable; compartir el mundo de los informantes, su lenguaje y sus perspectivas.

El rapport aparece de forma lenta en la mayoría de las investigaciones, sin embargo, tanto el rapport como la confianza son primordiales, ya que pueden acrecentar o disminuir el trabajo de una investigación (Taylor y Bogdan, 1987).

Ahora bien, para que la observación participante se pueda utilizar, requiere cumplir con las siguientes condiciones (Delgado y Gutiérrez, 1999):

- El investigador debe ser un extranjero a su objeto de investigación.
- Debe convivir integradamente en el sistema a estudiar.
- Este sistema tiene una definición propia de sus fronteras.
- La integración del analista será maximizada y funcional, sin dejar de ser un analista externo.
- El investigador debe escribir una monografía etnográfica sobre la información obtenida.
- El investigador debe dar por finalizada la circulación del texto y la interpretación con la monografía, dirigida a la comunidad académica.

El observador participante tiene la capacidad de acercarse y adentrarse de una manera más profunda y fundamental a las personas y comunidades

estudiadas, así mismo los problemas que les preocupan, en un tiempo real (Rodríguez, Gil y García, 1999).

## **Método fenomenológico**

La fenomenología es el estudio de los fenómenos, como son vividos, experimentados y percibidos por el ser humano (Martínez, 2001).

El propósito de la fenomenología es el estudio y la descripción de la experiencia humana vivida (Mayan, 2001).

De acuerdo con Mélinch (1994), basándose en Van Manen la fenomenología es el estudio de la experiencia vital, de su cotidianidad, del mundo, de su vida; la explicación de los fenómenos dados a la conciencia, el estudio de las esencias, así como la descripción de los significados dados a las experiencias vividas, “la fenomenología es la investigación sistemática de la subjetividad” (citado en Rodríguez, Gil y García, 1999, p.40).

Para Taylor y Bogdan (1987) el fenomenólogo quiere entender los fenómenos sociales, desde la perspectiva del actor, examinando el modo en que experimenta el mundo, la realidad que importa es la que las personas perciben como importante, los mismos autores citan a Douglas:

Las “fuerzas” que mueven a los seres humanos y no simplemente como a los cuerpos humanos... son “materia significativa”. Son ideas, sentimientos y motivos internos.

El énfasis de este método, se encuentra en el fenómeno mismo, en lo que presenta y revela a la propia conciencia del modo como lo hace, con toda su creación y particularidad, sin embargo, a pesar de no excluir nada de lo que representa la conciencia, sólo acepta lo que se presenta y como se presenta, centrándose en el estudio de realidades vivenciales, que son poco comunicables, pero que son determinantes en la comprensión psíquica de cada persona (Martínez, 2001).

Por otro lado, el desarrollo del método fenomenológico, se da en seis fases (Rodríguez, Gil y García, 1999): descripción del fenómeno, búsqueda de múltiples perspectivas, búsqueda de la esencia y la estructura, constitución de la significación, suspensión de enjuiciamiento y la interpretación del fenómeno.

- Descripción del fenómeno: supone a través de la experiencia concreta, describir de la manera más libre y rica posible, sin categorizar.

- Búsqueda de múltiples perspectivas: obtener información desde diferentes fuentes.
- Búsqueda de la esencia y estructura: se encajan las piezas, estableciendo categorías y las relaciones existentes entre ellas.
- Constitución de la significación: el investigador profundiza, centrándose en como se forma la estructura de un fenómeno.
- Suspensión de enjuiciamiento: se trata de distanciarse de la actividad para poder contemplarla con libertad.
- Interpretación del fenómeno: sacar a la luz los significados ocultos.

De acuerdo con Álvarez-Gayou (2003) las premisas en la fenomenología son dos: las percepciones de la persona, no como piensa, sino como las vive y la existencia de las personas dentro de su mundo, éstas sólo pueden ser comprendidas dentro de su contexto.

Para la psicología esta información es predominante para la solución de problemas psicológicos, por ello este método ha resultado ser de gran ayuda para la psicología, al permitir el estudio de lo psíquico, como se experimenta, se siente, se piensa, se quiere, como facultad y no como un hábito, “la experiencia ofrece lo psíquico como mero estrato de ser en los hombres” (Husserl, 1992 p. 36).

“La psicología moderna es la ciencia de lo psíquico” (Husserl, 1992 p. 36), por ello la ayuda que le brinda éste método a la psicología es de gran utilidad, puesto que le permite conocer el contexto en donde se ha desarrollado una persona, contribuyendo en la búsqueda de posibles soluciones a problemas que se le presenten, dichas soluciones tienen que estar dentro de lo preestablecido por el contexto, esto es la cultura de la persona.

### **Teoría fundamentada**

Este método es utilizado para desarrollar teorías fundadas en datos recolectados en una comunidad de estudio (Mayan, 2001). La teoría fundamentada une al observador con aquello que está siendo observado, por ello, su campo de acción es dentro de la comunidad que estudia (Natera y Mora, 2000).

Este método comienza de forma inductiva, esto es, mientras los datos son recolectados la teoría emerge (Mayan, 2000). Glaser y Stratuss (Rodríguez, Gil y García, 1999), mencionan 2 estrategias fundamentales para la realización de ésta: el método de la comparación, y el muestreo teórico.

En el método de la comparación, el investigador codifica y analiza los datos de forma simultánea: comparando datos, integrando categorías con sus propiedades, delimitando la teoría y al saturarse de los incidentes pertenecientes a cada categoría, redacta la teoría. En el muestreo teórico, el investigador selecciona nuevos casos a estudiar para ayudar a reafinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados.

Mayan (2000), sugiere que la teoría fundamentada se usa mejor cuando se estudia un proceso o una experiencia a través del tiempo, en sus etapas y fases.

## **Etnografía**

La etnografía se entiende como el método de investigación por medio del cual se aprende el modo de vida de una comunidad concreta, la preocupación fundamental del etnógrafo es el estudio de la cultura en si misma, delimitando una unidad social particular, tomando en cuenta los componentes culturales y sus interrelaciones de modo que sea posible hacer afirmaciones explícitas acerca de ésta (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Un etnógrafo se introduce en un escenario de grupo, para aprender acerca de la cultura del mismo grupo, para describir de manera densa la naturaleza de un fenómeno (Mayan, 2000).

Atkinson y Hammersley conceptualizan a la etnografía como una forma de investigación social que se caracteriza por la exploración de la naturaleza de un fenómeno social, trabajar con datos no estructurados, investigar un pequeño grupo de casos a profundidad e interpretar los significados y funciones de los actos humanos (Rodríguez, Gil y García, 1999).

## **TÉCNICAS EMPLEADAS EN LOS MÉTODOS CUALITATIVOS**

La investigación cualitativa requiere de métodos para poder cumplir su cometido y a su vez los métodos requieren emplear técnicas de recolección de

datos, para sustraer la información que necesitan y dar la explicación a los fenómenos estudiados. Algunas de las principales técnicas empleadas por los métodos cualitativos son las entrevistas en profundidad y los registros observacionales como grabaciones en audio y video, notas de campo y diario de campo. A continuación se presentan de manera más detallada, aquellas técnicas empleadas en esta investigación.

## **Entrevista en profundidad**

La entrevista de investigación se construye como un discurso del entrevistado, y las intervenciones del investigador, en un contrato de comunicación y en función de un contexto social o situación (Delgado y Gutiérrez, 1999), en otras palabras, la entrevista es una técnica que se lleva a cabo por una interacción verbal, en la que una persona (entrevistador) solicita información a otra u otras personas (entrevistados, informantes), para obtener información sobre un problema determinado (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Taylor y Bogdan (1987, p.101), conceptualizan a la entrevista en profundidad, de la siguiente manera:

Por entrevistas cualitativas en profundidad entenderemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.

La interacción entre informante y entrevistador, en la entrevista en profundidad seguirá el modelo de una conversación entre iguales, ya que “el propio investigador es un instrumento en la investigación” (Taylor y Bogdan, 1987, p.101).

Lo que el entrevistador persigue con una entrevista es acercarse a las ideas, creencias y supuestos mantenidos por otros, la explicación que dan a determinados acontecimientos, así como los conceptos que poseen (Rodríguez, Gil y García, 1999).

En este tipo de entrevista se distinguen tres niveles que determinaran el curso del discurso: el contrato comunicativo, la interacción verbal y el ámbito social (Delgado y Gutiérrez, 1999), de tal manera que se cumpla el propósito de la entrevista en la investigación, ya sea para obtener información de

individuos o grupos, influir sobre ciertos aspectos de la conducta o ejercer un efecto terapéutico (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Taylor y Bogdan (1987), diferencian tres tipos de entrevista en profundidad, estrechamente ligadas entre sí:

- La historia de vida o autobiografía sociológica, el investigador trata de aprender las experiencias destacadas de la vida de una persona y las definiciones que la persona aplica a tales experiencias.
- El segundo tipo se dirige al aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente.
- El tipo tres tiene la finalidad de proporcionar un cuadro amplio de escenarios, situaciones o personas, se utiliza para estudiar un número grande de personas, en un lapso breve de tiempo.

Ahora bien, es recomendable la utilización de una guía de la entrevista, ésta no es un protocolo estructurado, sino una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada informante, ésta sólo sirve para recordar lo que se debe preguntar, el investigador decide cómo y cuándo enunciar las preguntas (Taylor y Bogdan, 1987).

La entrevista en profundidad permite conocer aspectos más íntimos de las personas, ya que hay situaciones o conductas que no pueden ser observadas por parte del investigador, pero que son fundamentales para explicar un determinado fenómeno, conocer esta información permite encontrar una pronta y mejor solución a un problema.

## **Registros observacionales**

La investigación cualitativa puede llevarse a cabo no sólo preguntando a las personas, sino también observando cualquier acontecimiento, fenómeno o hecho, que permita su explicación (Rodríguez, Gil y García, 1999). Es conveniente conservar esta información ya sea de forma visual, auditiva o escrita, para un mejor análisis e interpretación.

### *Grabaciones en audio y video*

Para este tipo de registros se requiere de los sistemas tecnológicos, con ellos se puede abordar cualquier problema, con la ventaja de verlo desde diferentes

planos, sonido por medio de grabación en audio, imagen fija con fotografía o diapositiva y como imagen en movimiento con sonido ya sea por cine o video, de esta forma, los datos obtenidos quedan registrados permanentemente, permitiendo una continua revisión (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Es recomendable que antes de utilizar cualquier equipo o sistema tecnológico, el investigador se relacione suficientemente con la persona, aunque ésta en ocasiones no presta atención a las grabadoras o cámaras, siempre es preferible reducir la presencia del equipo tecnológico (Taylor y Bogdan, 1987).

Este tipo de registro proporciona el dato bruto con el que el investigador debe trabajar hasta completar su estudio (Rodríguez, Gil y García, 1999).

### *Notas de campo*

El registro de lo observado se realiza a través de las notas de campo, esto es realizando apuntes que permitan el estudio y la reflexión posterior del problema estudiado (Rodríguez, Gil y García, 1999). “Al describir con precisión y tan literalmente como sea posible aquello que es observado en el escenario, un investigador está escribiendo notas de campo” (Mayan, 2000, p.14).

Mayan (2000) menciona que el registrar las observaciones puede ayudar a clarificar los propios pensamientos del investigador y le permite plantear el siguiente paso en el proceso de la observación, así mismo hace las siguientes recomendaciones para realizar notas de campo:

- Hacer las notas tan pronto se pueda, después de la observación.
- Evitar discutir las observaciones hasta que estén registradas.
- Encontrar un lugar aislado para realizarlas.
- Planear tiempo suficiente para el registro.
- Evitar editar mientras se escribe.

Es importante que el investigador también registre su propio sentir, utilizando sus propios sentimientos, creencias conceptos y supuestos para desarrollar comprensiones potenciales de las perspectivas de los otros, lo que interpreta el investigador “puede ser lo que los informantes sienten o sintieron en el pasado” (Taylor y Bogdan, 1987, p.83), sin embargo debe ser cuidadoso en no imponer sus propios conceptos sobre el de las personas.

### *Diario de campo*

Otra manera de llevar un registro escrito de lo observado es en el diario de campo, llevarlo puede ayudar a seguir pistas de lo que ya ha sido cubierto y a la vez permite volver atrás a conversaciones específicas, las notas pueden ayudar a orientar futuras entrevistas e interpretar datos ulteriores, en el diario también puede guardar registros de los informantes fuera de las entrevistas (Taylor y Bogdan, 1987).

Contar con registros de lo observado es de suma importancia para un mejor análisis de los datos, siempre es mejor poseer la mayor cantidad de registros posibles, ya que en ocasiones las personas se reservan comentarios importantes frente a los cámaras o grabadoras, información que es vital para la explicación del problema, estos comentarios pueden ser registrados por el mismo investigador, de manera escrita, ya sea en las notas o diario de campo.

Es así como el uso de la investigación cualitativa ha permitido entrar a diversos campos, estudiando y dando soluciones a los diversos problemas que enfrenta cada persona perteneciente a un grupo, un ejemplo de ello y como menciona Hudelson (citado en Natera y Mora, 2000), se ha dado en el campo de la salud en general, las ventajas que poseen los métodos cualitativos permiten explorar un problema de salud del que se sabe poco, identificar la percepción de las comunidades para establecer prioridades e identificar estrategias de intervención relevantes.

## **CAPÍTULO 6**

### **AFROMESTIZO: COMPONENTE DEL MEXICANO**

#### **ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

Era costumbre de los conquistadores y descubridores llevar negros a sus empresas guerreras, esta costumbre fue seguida al entrar a tierra de indios. El primer arribo de negros a México se da con la llegada de Hernán Cortés, el cual traía a su servicio uno, llamado Juan Cortés. Algunos de sus acompañantes también traían esclavos a su servicio, como Juan Garrido el primer sembrador de trigo en México, otro que era bufón y uno enfermo de viruela, quien la introdujo al país (Zedillo, 1988).

Los primeros esclavos llegaron a América con sus amos, pero su importación se comenzó muy temprano, en el siglo XVI, desde 1501 en La Española, comenzaron la importación de esclavos negros al Nuevo Mundo (Navega, 1987). La inmigración de esclavos forzados se dio particularmente de 1580 a 1640, en tal intervalo los navíos negreros descargaban principalmente en Veracruz (Aguirre, 1990).

Los puertos autorizados para la importación de esclavos fueron: inicialmente Veracruz, posteriormente Tuxpan y Campeche a lo largo del Golfo de México y Acapulco en la zona pacífica, convirtiéndose todos ellos en centros de distribución esclava por toda la Nueva España (Cruz, 2005).

El movimiento colonizador de España tenía como fundamento la explotación de oro y plata para atender el mercado europeo. En la segunda mitad del siglo XVI, ya establecida la producción económica española se requirió de la incorporación de mano de obra permanente, capaz de sostener los nuevos requerimientos productivos. La población aborigen se encontraba disminuida principalmente por la epidemia de 1574–1576, por tanto, se recurrió a la importación de los esclavos africanos (García, 1988).

Los africanos llegaron a México como inmigrantes forzados para sustituir la mano de obra india, cuando se advirtió una posible extinción, debido a la opresión, el trabajo extenuante, exposición a las enfermedades procedentes del Viejo Mundo para las cuales no tenían inmunidad, los indios americanos estaban apunto de acabarse (Aguirre, 1990).

### **Población en la época colonial**

A fines del siglo XVI e inicios del XVII, la crisis demográfica indígena y las disposiciones oficiales relacionadas con la mano de obra de los ingenios, trapiches, minas, obrajes y demás granjerías y la buena organización del comercio negrero por los portugueses, consolidaron el trabajo de los esclavos africanos como fuerza de trabajo sustituta (García, 1988).

Al inicio los esclavos importados eran negros nacidos en España y Portugal, para 1511 los barcos esclavistas estaban llenos de africanos. Los primeros esclavos llegaron a las Antillas por licencias otorgadas a favoritos del rey, como a los portugueses que desde 1513 jugaron un papel importante en este monopolio esclavista.

Las concesiones en un comienzo estuvieron libres de impuesto, pero en 1518 conforme se acrecentó el tráfico, se implementó el pago de dos ducados por cada esclavo. En este período La Corona concedía las concesiones a quien le asegurara ganancias (Naveda, 1987).

Naveda (1987), menciona que después de 1640 otros países, además de Portugal obtuvieron factorías esclavistas en África, Holanda tuvo en Cabo Verde, Inglaterra en Gambia y Francia en Senegal y Dahomey, para los primeros años del siglo XVIII el tráfico portugués fue reemplazado por Holanda y Francia, que junto con Inglaterra se disputaron el monopolio.

Aguirre (1990) maneja que los esclavos fueron extraídos de la costa y el hinterland africanos, “cazados como bestias salvajes y conducidos a las factorías europeas del litoral para su venta y traslado a las colonias del Nuevo Mundo” (Aguirre, 1990, p.6).

Por otro lado, y de acuerdo a documentos reglamentados, se puede observar que los primeros lugares de procedencia de los esclavos fueron las Islas de Cabo Verde y Ríos de Guinea, se les tenía como esclavos de mejor calidad y por tanto su precio aumentaba (Zedillo, 1988).

En los documentos, por ejemplo una carta de compra, se encuentra información entorno a la compañía que lo ingresó, pero en cuanto a los esclavos sólo se menciona genéricamente su procedencia africana, por lo general esclavo bozal (esclavo traído directamente de África); en otros registros se encuentran como los más comunes: congo, mina, luango y arará (Naveda, 1987).

En México entre 1521 y 1640 habitaban aproximadamente 450 000 negros, es probable que durante esta época hayan entrado hasta 200 000 esclavos al país, ya que México fue un gran exportador de esclavos al Nuevo Mundo, transportó 110 000 negros, desde África central y occidental (Vinson y Vaughn, 2004).

La mercancía humana en exceso, superó con creces a la española (Aguirre, 1990), la presencia africana señala alrededor de un 2% frente a menos de 1% de europeos euromestizos y 97% de indígenas endomestizos a mediados del siglo XVI, para los inicios del siglo XIX las proporciones eran 10%, 18% y 71% respectivamente (Zedillo, 1988). En 1810, en vísperas de la Independencia de México, había más de 620 000 pardos, mulatos y morenos, quienes conformaban el 10% de la población (Vinson y Vaughn, 2004).

De acuerdo con Lipski (2006), la población en 1570, en algunos estados de La Republica Mexicana era:

CIUDAD	ESPAÑOLES	ESCLAVOS	MULATOS/PARDOS
Veracruz	300	500	0
Guadalajara	80	120	50
Mérida	150	150	10
Puebla	800	500	100
Oaxaca	350	50	0
México	8000	8000	1000

Fuente: Lipski, (. 2006). El lenguaje afroamericano en el contexto de la lingüística afrohispanica.

Cabe destacar que por una corta temporada (al principio) los esclavos traídos, eran de ambos sexos, en un 50% y 50%, pero, para 1524 se dispuso que en adelante se condujera una tercera parte de esclavas solamente. Las esclavas tenían un precio menor al de los esclavos y eran más difíciles de colocar en el mercado (Zedillo, 1988), “esta condición fue favorable para el mestizaje entre grupos pues la escasez de mujeres africanas alentaba los lazos con las mujeres indígenas” (Cruz, 2005, p.230).

El negro considerado como infame por su sangre y su condición de esclavo quedó encerrado en su casta, para salir de ella y colocarse en un mejor status tuvo hijos con mujeres no africanas (Zedillo, 1988). Las principales combinaciones surgieron de esta unión, mestizos: descendientes de españoles e indígenas y mulatos: hijos de españoles y negros (Valdés, 1993), sin embargo, Vinson y Vaughn (2004), destacan que de entre los cientos de posibles combinaciones raciales que arrojó el sistema de castas, se han identificado 53 aplicables a la Nueva España.

### **Explotación de la fuerza de trabajo**

La explotación de toda esta fuerza de trabajo facilitó el desarrollo de la metrópolis española (Cruz, Martínez y Santiago, 1990), ya que conforme las necesidades de las haciendas crecían, aumentaba el número de esclavos.

Esto, se dio principalmente en las áreas tropicales en donde había pocos indígenas y se creía que los negros tenían una adaptación especial al clima tropical (Cruz, 2005).

Una área con estas características fue Córdoba, en el estado de Veracruz, las haciendas azucareras ubicadas en este sitio, encontraron las condiciones idóneas para el cultivo de caña (Naveda, 1987); la industria azucarera desde el inicio de los trapiches e ingenios fue conformada por negros recién llegados de África (García, 1988).

Los esclavos fueron forzados a trabajar, no sólo en la agricultura de caña de azúcar, sino en muchos otros aspectos de la vida social y económica en la Nueva España (Cruz, 2005), ejecutaron la trajinería, trato de mercancías en el puerto de Veracruz, fueron vaqueros en grandes extensiones de terrenos ganaderos, servidores domésticos en casas de señores y religiosos, artesanos, constructores en ciudades y haciendas, además de ser empleados en el sector minero (García, 1988).

Para 1570 casi el 35% de los trabajadores en las minas de Zacatecas eran esclavos negros, ya para mediados del siglo XVII entre 8 000 y 10 000 trabajaban en las plantaciones azucareras, sin embargo, la demanda de mano de obra doméstica y urbana absorbió a la mayoría de los esclavos en estas actividades, por ejemplo, en la ciudad de México en el año 1645 albergó casi el 55% de los esclavos negros (Vinson y Vaughn, 2004).

Por otro lado, el trabajo que realizaban las mujeres se conformaba por diferentes actividades: acarreadoras, hechadoras de zacate, cocineras, molenderas, porteras y cortadoras de caña, esta última actividad la desarrollaban principalmente mujeres madres de tres o más hijos, incluso estando en cinta (Naveda, 1987).

## **Rebeliones y fugas**

El temor a los negros por parte del colonizador blanco, determinó la promulgación de una legislación represiva, caracterizada por severas penas de azotes, prisiones, castración y muerte por rebeldía de los esclavos. En 1537 y 1612 los virreyes y audiencias gobernadoras, presos de pánico y como escarmiento ordenaron la decapitación de una o dos docenas de negros y mandaron exhibir las cabezas en las picotas de la ciudad de México hasta que

la hediondez hizo necesario quitarlas, “además los esclavos fueron objetos de represión en sus valores, prácticas y creencias” (Aguirre, 1990 p.7).

La combinación de las diversas formas productivas, las represiones y castigos motivaron diversas rebeliones en el centro de Veracruz, durante el siglo XVI, en 1523 sucedió una gran rebelión en Coatzacoalcos, en 1543 hubo otra en la provincia de Pánuco, ambas fueron controladas, y en ambas participaron de manera activa los esclavos negros (Valdés, 1993).

Cruz, Martínez y Santiago (1990) mencionan que desde su llegada los negros opusieron resistencia a las labores, por lo que recurrían a la fuga favorecida por terrenos abruptos y desolados de algunas regiones, como la del estado de Veracruz, aquí se guarecían esclavos fugitivos conocidos como cimarrones, termino que significa “esclavo que ha escapado” (Vinson y Vaughn, 2004 p.78).

Al cimarrón se le crearon imágenes míticas de salvajismo ferocidad e indomabilidad (Aguirre, 1988). Los cimarrones se asentaron en poblados fortificados llamados “*palenques*”, los cuales funcionaban como base de defensa, vivienda, punto de reunión y focos de atención para otros cimarrones (García, 1988). Los palenques se ubicaban en lugares lo suficientemente inestables, pero habitables (Aguirre, 1990).

A los esclavos fugitivos se les acusaba de robar la propiedad única del esclavista (ellos eran la propiedad) y por lo tanto se castigaba con la ley católica (Cruz, 2005). Al respecto Winfield (1988, pp.86-87) menciona que:

La vida de los cimarrones es expresión del rechazo político a la estructura colonial hispana. La comunidad palanquera se orienta hacia dos objetivos; satisfacer las necesidades por medio de formas de organización económica colectiva y la defensa del territorio, mediante un esquema militar que cuenta con la participación de los varones...el asentamiento de los palenques es la expresión del alto sentido de la autonomía de grupos que se vieron arrastrados por un sistema de dominación cultural ajeno a su voluntad.

Un grupo particular de cimarrones, fue el encabezado por un negro de nación Bron, llamado Yanga, quien decía que de no haber sido capturado hubiera sido rey en su tierra, tenía como jefe de armas a un negro Angola llamado Francisco de La Matosa, el cual dirigía los asaltos en las carreteras que conducían mercancías desde el puerto de Veracruz a la ciudad de México (Cruz, Martínez y Santiago, 1990).

Para detener los asaltos, el virrey Luís de Velasco, ordenó en 1559, que las ciudades y villas de la provincia de Veracruz, hubiera personas encargadas de mantener el orden y vigilar los caminos, estas asociaciones fueron llamadas *cofradías* y estaban integradas por tenientes, oficiales y cuadrilleros, bajo el mando del clero y al amparo de un santo, sin embargo, esto no fue suficiente (Valdés, 1993).

Los asaltos continuaron, hasta que se consiguió un pacto entre el Virrey y Yanga, en donde a éste último se le permitiría establecerse en un lugar cercano a su palenque en un pueblo exclusivo de negros, que todos los esclavos huidos antes de 1608 quedarían libres, que sólo atendieran a su gente frailes franciscanos, Yanga y sus descendientes serían los gobernantes y a cambio se entregaría a cualquier fugitivo de las haciendas aledañas a cambio de una recompensa, pagar tributo a La Corona y ayudarla en caso de ataques externos (Cruz, Martínez y Santiago, 1990).

De acuerdo con Cruz, Martínez y Santiago (1990), en 1630 los cimarrones se establecieron en un paraje cercano a Palmillas en las faldas del monte Tututla, pero en 1654 solicitaron el traslado del pueblo, por ser una zona demasiado inhóspita, estableciéndose así el 4 de enero de 1665 en donde actualmente se conoce como el municipio de Yanga, en Córdoba Veracruz.

Desafortunadamente o afortunadamente el mestizaje tan basto en esta región donde alguna vez existieran negros de sangre pura, en tiempos modernos se encuentra una buena proporción de habitantes con pocas características afro-mestizas. Para localizar a las personas más representativas, se tiene que acudir a las comunidades cercanas en donde el mestizaje ha sido menor, tal es el caso de Palmillas perteneciente al mismo municipio de Yanga, Mata Clara, Manantial, San Ángel, Tamarindo y otras congregaciones y ejidos pertenecientes al municipio de Cuitlahuac.

Además del estado de Veracruz, la mayoría de las restantes comunidades afro-mestizas de La Costa Chica de Guerrero y Oaxaca provienen del cimarronaje colonial, aunque actualmente están integradas a la vida nacional, estas comunidades se ubican en áreas geográficas relativamente aisladas y poco visitadas en comparación con los focos turísticos (Lipski, 2006).

## Negritud y cultura mexicana

Esta población ha sido poco reconocida en la conformación de la cultura mexicana, como menciona Cruz (2005 p. 235):

No hay un documento oficial que indique una categoría racial diferencial para los individuos negros. El censo de población distingue solamente entre los indios y la población nacional, es decir la población mestiza. La clasificación de indígena se da solamente por la capacidad de hablar una lengua vernácula...en México... población negra o afroestiza según la ley, no existe.

En México parece tenderse un velo sobre la contribución africana, de acuerdo con Naveda (1988), las posibles causas no están del todo claras: una podría ser, que la sociedad mexicana demostró una superficialidad en el mestizaje, otra opción es el racismo inherente que ha pretendido borrar de la historia a los componentes africanos, pero no lo ha conseguido.

Hablar de la presencia de la negritud en México es mencionar una parte olvidada de la historia oficial de nuestro país, un grupo de humanos que dejaron una honda huella en la evolución social y cultural de la nación mexicana (Zedillo, 1988). Al respecto Anson menciona que “la negritud no se manifiesta contra la raza blanca. La negritud no odia ni teme al blanco. Sólo odia la razón del látigo” (citado en Cruz, Martínez y Santiago, 1990 p.39).

No fue hasta hace dos décadas que sale a la luz la importancia de la negritud en México, después de dos siglos de estar en la oscuridad, opacada por la preocupación del mestizo de herencia indígena y española, “poco caso se hace del negro africano y de los valores, prácticas y creencias de que fueron portadores” (Aguirre, 1990).

La mayoría de los mexicanos no están conscientes del legado histórico de los mexicanos negros, sin embargo, estos han empezado a afirmarse, al igual que el interés por conocer la experiencia de estas personas, ya que muchos afroestizados comienzan a examinar su propia identidad (Vinson y Vaughn, 2004).

Con base a documentos y estadísticas que han prevalecido a través de los años, hoy se puede afirmar que la contribución del negro africano a la integración de la personalidad del mexicano ha sido cuantiosa, tanto en lo físico como en lo moral (Aguirre, 1990).

La herencia que nos han otorgado ha sido cuantiosa, fiestas tradicionales, creencias religiosas, ritos, mitos, raíces musicales diversas, toponímicos y gastronomía (Cruz, 2005), por ello la participación de esta población, en diversas formas dentro de la nuestra cultura, debe ser conocida y reconocida por los demás integrantes de la cultura mexicana

Lo que comenzó como represión, racismo e imposición, permitió una nueva cultura desarrollada en La Colonia, como resultado del mestizaje entre tres elementos principales: el indígena, el europeo y el africano (Zedillo, 1988).

Ahora corresponde darle el valor que le corresponde, reconociendo que sin las personas afromestizas o afromexicanas la cultura mexicana, no sería la cultura que conocemos actualmente, ellos también padecen enfermedades como la diabetes tipo 2.

## **MUNICIPIO DE CUITLAHUAC – VERACRUZ**

### **Breve reseña histórica del Municipio de Cuitlahuac**

De acuerdo con los Antecedentes Históricos de Cuitlahuac (2000), la ciudad de Cuitlahuac fue fundada en los inicios del Virreinato, en el último tercio del siglo XVI, hacia 1580-1590, como consecuencia de la apertura del Camino Real México-Veracruz.

Con el proceso evangelizador, los frailes designaron a San Juan Bautista como el Santo Patrono del Pueblo, posteriormente se agregó de La Punta. Tomó el nombre San Juan por la parroquia dedicada a San Juan Bautista, cuando se establecieron las primeras familias que fundaron grandes haciendas y latifundios que posteriormente, con la conquista de la independencia, fueron repartidas entre pobladores.

Por el número de decreto 175, de fecha 12 de agosto de 1932, el nombre del pueblo fue cambiado por el de Cuitlahuac, en honor del hijo del Rey Axayacatl, Señor de Ixtapalapa a la llegada de los españoles y elegido emperador azteca tras la muerte de su hermano Moctezuma. Cuitlahuac fue el penúltimo Rey de Tenochitlan y reino por 80 días en el año de 1520.

Fue después de las luchas revolucionarias y al amparo de La Reforma Agraria como se logró la formación de múltiples parcelas y congregaciones que dieron origen a este municipio.

## Ubicación y contexto

El municipio de Cuitlahuac se localiza en la parte central del Estado de Veracruz, limita con los municipios de Atoyac y paso del Macho al Norte, al Sur con Omealca y Cuichapa, al este con Carrillo Puerto y Cotaxtla, al Oeste con Yanga y Atoyac. Se localiza a 2460Km. de la Ciudad de Córdoba, sobre la carretera Córdoba – Veracruz y a 104.00Km del Puerto. Tiene una extensión territorial de 625km<sup>2</sup>, lo cual representa el 0.18% del Estado y el 0.0066% de La República Mexicana. Su altitud media sobre el nivel del mar es de 210mts. (Antecedentes Históricos de Cuitlahuac. 2000).

De acuerdo a los Antecedentes Históricos de Cuitlahuac (2000), el Gobierno del estado de Veracruz, municipio de Cuitlahuac, (2002) y Reyes (2000), las principales características del Municipio de Cuitlahuac son:

*Topográficamente*, está situado en la parte Central del Estado de Veracruz, en las estribaciones de la parte intermedia de la montaña (Sierra de Atoyac) y la llanura, en el extremo sur se encuentran Los Pinos y San Felipe. La parte más baja del municipio es alrededor de 100m. sobre el nivel del mar. Su parte más alta es la cima de la Sierra de Atoyac (700m. sobre el nivel del mar aproximadamente). La llanura es la parte más alta, San Ángel y El Manantial, tienen una altitud de 500m. sobre el nivel del mar. La llanura mantiene una pendiente sensiblemente constante del 1.3% y prácticamente no cuenta con depresiones u obstáculos de consideración, teniendo una altitud de 380m. sobre el nivel del mar.

Su *extensión* ocupa una superficie de 129.96 Km.<sup>2</sup>, representando un 0.18% total del Estado, regada por los ríos Atoyac, Blanco, Seco y Cotaxtla, además de contar con algunos arroyos como el del Carmen y el Cara Sucia. Existe un sistema de riego del cual se aprovechan las aguas del ingenio “El Potrero”, provenientes del río Atoyac, existe también un nacimiento acuífero en la congregación “Ojo de Agua”, el cual se utiliza también para regar las tierras del municipio y su congregación.

El *clima* prevaleciente es cálido-seco-regular con una temperatura promedio de 25.2° C. y su precipitación pluvial media anual es de 2,612.2 mm., uno de los factores que determina este tipo de clima es la quema de caña, quedando escasa vegetación en la parte centro del municipio.

En cuanto a sus *ecosistemas*, cuenta con una flora de selva baja perennifolia y secundaria, mientras que su fauna está compuesta por poblaciones de conejos, armadillos, tuzas, tejones, ardillas, aves y reptiles como víbora de cascabel y mazacuata.

Cuenta con yacimientos de piedra caliza y el *uso de suelo* es de tipo feozem y vertisol, se caracteriza por tener una capa superficial rica en humus, su susceptibilidad a la erosión es poca, un gran porcentaje se utiliza para la agricultura.

Cuitlahuac goza de las garantías de municipio, establecidas en el artículo 115 de la Constitución Mexicana de 1917 y en el artículo 3º de la Constitución Política Local, su *división territorial* se encuentra dividido en 8 congregaciones, 14 ejidos y 30 rancherías.

Congregaciones: Ojo de Agua, Mata Clara, El Coyol, Palma Sola, El Maguey, Ignacio Vallarta, Mata Naranjo y Dos Caminos.

Ejidos: Puente Chico, División Norte, Mata Clara, Ignacio Vallarta, Trapiche Mesa, El Manantial, Cuitlahuac, La Primavera, El Cuajilote, Puente Quebrado, Rincón Zapote, Mata Naranjo, Piedra Gorda y La Pitahaya.

Rancherías: San Ángel, El Tamarindo, El Comejón, El Reventón, El Cuajilote, Mata Naranjo (El Nanche), San Campus, Tres Encinos, Minerva, La Quebradora, Dos Caminos (Mata de Caña), San Rafael, El Limón, Castillo, El Faisán, Mata Pescador, Rincón Zapote, El Jarocho, El Trébol, El Copolillo, Playa Cariño, El Sicómoro, El Trópico, Palma Sola, La Gloria, Los Pinos, Piedra Móvil, Las Nueces, Cerro Alto y El Jucaro.

El *sistema de gobierno* del Municipio de Cuitlahuac se rige por la administración de un gobierno electo popularmente, en periodos de tres años, se integra de la siguiente manera: un presidente que es el encargado y responsable de toda la administración, un sindico único que es el representante legal del municipio, los regidores que son los encargados de vigilar el buen funcionamiento de los servicios de la comunidad como mercado, limpieza pública, alumbrado, etc.

## Indicadores demográficos

En base a los datos estadísticos recientes, la población ha crecido más durante los últimos años, en el año de 1930 la población total era de 4,435 habitantes, en el año de 1940 la población fue de 5,574 habitantes, en 1950 el número de habitantes fue de 8,566, en el año de 1960 la población fue de 10,656 habitantes, en el año de 1970, la población subió a 13,860 habitantes y en el censo general de vivienda realizado en el año de 1980 la población llegó a 19,850 habitantes (Antecedentes Históricos de Cuitlahuac, 2000).

En 1990 el censo arrojó la cantidad de 22,000 habitantes. En el año de 1995 tiene 22,643 habitantes, entre hombres y mujeres, de 1995 a 1996 experimenta un total de 825 nacimientos y en este mismo espacio de tiempo se dan 117 defunciones. Se estima que en 1996 había una población de 23,494 habitantes. De acuerdo a los resultados preliminares del Censo 2000, la población en el municipio es de 23,237 habitantes, 10,674 hombres y 12,563 mujeres (Antecedentes Históricos de Cuitlahuac, 2000):

<b>DEMOGRAFÍA</b>	
<b>AÑO</b>	<b>HABITANTES</b>
1930	4,435
1940	5,574
1950	8,566
1960	10,656
1970	13,860
1980	19,850
1990	22,000
1995	22,643
2000	23,237

Fuente: Antecedentes Históricos de Cuitlahuac (2000).

Actualmente, se calcula una población mayor de 25,500 habitantes de los cuales el 48% se encuentra ubicado en la cabecera municipal, un 12% en la congregación Ignacio Vallarta y el 40% restante se encuentran distribuidos en

todo el municipio (Gobierno del estado de Veracruz, municipio de Cuitlahuac, 2002).

De acuerdo al censo del 2000, existen en el municipio 185 hablantes de lengua indígena, 103 hombres y 82 mujeres, que representan el 0.84% de la población municipal. La principal lengua indígena es la mixteca. En cuanto a religión, la población total mayor de 5 años de 19,013 que se encuentra dividida entre las siguientes religiones: católicos 18,215, protestantes 381, otras 149 y ninguna 195 (Gobierno del estado de Veracruz, municipio de Cuitlahuac, 2002).

### **Vivienda, servicios públicos y medios de comunicación**

En los resultados preliminares del Censo 2000, se encontraron edificadas en el municipio 5,462 viviendas, con un promedio de 4.25 ocupantes por vivienda, la mayoría son propias y de tipo fija. Los materiales utilizados principalmente para su construcción son el cemento, el tabique, la madera, la lámina, así como también se utilizan materiales propios de la región como teja, palma o tejamanil (Gobierno del estado de Veracruz, municipio de Cuitlahuac, 2002).

Los servicios públicos con los que cuenta el municipio de Cuitlahuac son (Gobierno del estado de Veracruz, municipio de Cuitlahuac, 2002):

<b>porcentajes en SERVICIOS PÚBLICOS</b>					
<b>SERVICIOS PÚBLICOS:</b>	<b>100%</b>	<b>75%</b>	<b>50%</b>	<b>25%</b>	<b>0%</b>
Agua Potable.		X			
Mantenimiento del Drenaje.			X		
Alumbrado Público.		X			
Recolección de Basura y Limpieza Pública.		X			
Seguridad Pública.		X			
Pavimentación.		X			
Mercados y Centrales de Abasto.			X		
Rastros.		X			
Servicios en Parques y Jardines.		X			
Monumentos y Fuentes.					X

Fuente: Gobierno del estado de Veracruz, municipio de Cuitlahuac, (2002).

Cuitlahuac cuenta con: teléfono por marcación automática en la cabecera y 11 localidades, telefonía celular, recibe la señal de estaciones radiodifusoras de AM y FM, señal de televisión, además de contar con oficinas postales (cuatro), de telégrafos y de correos.

También, cuenta con infraestructura de vías de comunicación conformada por 48.4 Km. de carretera, que le permiten estar comunicado con los municipios de Omealca, Cuichapa, Yanga, Atoyac, Córdoba, La Tinaja y Paso del Macho, la autopista Córdoba-Veracruz pasa por el municipio (Gobierno del estado de Veracruz, municipio de Cuitlahuac, 2002).

Para viajar a las diferentes comunidades aledañas se cuenta también con autobuses que van 3 o 4 veces al día a los siguientes poblados: Máscala, Carrillo Puerto, Dos Caminos (Mata Caña), Loma Angosta, Piedra Gorda, La Primavera, Cuajilote, Rincón Zapote, Palmar, El Maguey, Potrero, Puente Quebrado, Mata Naranja (El Nanche), La Angostura, Mata Clara, Manantial, Santa Rosa y Santa Rita. Cuenta con servicios de Taxis a todas partes del municipio y a la región a cada hora (Antecedentes Históricos de Cuitlahuac, 2000).

### **Empleos y sustentos**

Dentro de las actividades que operan en este municipio se destaca la agricultura, de sus 14 ejidos, 13 se dedican a la siembra de caña de azúcar. Otra de las actividades principales es la cosecha del mango, cada año se produce alrededor de 60.000 rejas en todo el municipio, también se siembra a menor escala: maíz, frijol, papaya, plátano, limón, naranja, y chile.

En cuanto a la ganadería, predomina la cría de ganado vacuno y bovino, la cría de cerdos, que en los últimos tiempos ha aumentado notablemente. Se encuentran varias granjas con producción de aves en el municipio y sus alrededores, la producción de carne tiene excedentes comerciales a otros lugares. La Ciudad de Cuitlahuac cuenta con comercios como: tiendas de abarrotes, farmacias, una conasupo, zapaterías, el mercado de San Juan, entre otros.

De acuerdo con el Gobierno del estado de Veracruz, municipio de Cuitlahuac (2002), la población económicamente activa por sector productiva se distribuye de la siguiente manera:

<b>ACTIVIDADES LUCRATIVAS EN CUITLAHUAC</b>	
<b>ACTIVIDAD PRODUCTIVA</b>	<b>POBLACIÓN</b>
Sector primario. (Agricultura, ganadería, caza y pesca).	44.72 %
Sector secundario (Minería, extracción de petróleo y gas natural, industria manufacturera, electricidad, agua y construcción).	22.84 %
Sector terciario. (Comercio, transporte y comunicaciones, servicios financieros, de administración pública y defensa, comunales y sociales, profesionales y técnicos, restaurantes, hoteles, personal de mantenimiento y otros).	29.91 %
No especificado.	2.51 %

Fuente: Gobierno del estado de Veracruz, municipio de Cuitlahuac (2002).

Reyes (2000) menciona que en el ramo del trabajo industrial, la cabecera municipal, dentro de las pequeñas industrias cuenta con: 22 emparadoras de limón, 4 fábricas de piloncillo y una de hielo, sin embargo, no es suficiente a la distribución del municipio, por otro lado, en ellas es difícil que los trabajadores obtengan prestaciones.

### **Fiestas populares**

Las celebraciones que se llevan a cabo en Cuitlahuac, en general y de acuerdo con el Gobierno del estado de Veracruz, municipio de Cuitlahuac (2002) son:

- Del 22 al 24 de junio se lleva a cabo la fiesta titular religiosa en honor a San Juan Bautista, patrono del lugar, con bailes populares y de salón, danzas autóctonas y folklóricas, actos religiosos, carreras de caballos, torneo de cintas y peleas de gallos.
- Los días 1 y 2 de noviembre se festeja el día de muertos.
- El 12 de diciembre a la Virgen de Guadalupe.
- En el mes de abril La Semana Santa.

Sin embargo, en las diferentes comunidades pertenecientes al municipio se realizan, además, otros festejos, como en la congregación de Mata Clara (Reyes, 2000) y el ejido El Manantial:

- Enero: 1 año nuevo, 6 día de reyes
- Febrero: 2 la Candelaria, 14 día del amor y la amistad, 24 día de la bandera.
- Marzo: 19 San José (nombre del ingenio), 21 natalicio del benemérito de Las Américas e inicio de la primavera.
- Abril: semana santa y el 30 día del niño.
- Mayo: 1 día del trabajo, 5 batalla de Puebla, 10 día de las madres, 15 día de los maestros, 15 San Isidro Labrador (únicamente Manantial, por ser su patrono).
- Septiembre: 15 el grito de independencia y 16 se hace un desfile.
- Octubre: 4 San Francisco de Asís (únicamente Mata Clara, por ser su patrono).
- Diciembre: Del 1º al 12 se espera el día de La Virgen de Guadalupe, del 16 al 24 posadas, 24 arrullo del niño y 31 se despide el año.

## **Educación**

Los planteles educativos con los que cuenta este municipio son aquellos que cumplen con la enseñanza básica: jardines de niños, escuelas primarias y escuelas secundarias. La educación básica es impartida por 17 planteles de preescolar, 34 de primaria, 5 de secundaria, cuenta con 2 instituciones que brindan el bachillerato, así como con centros de enseñanza técnica y profesional medio como un CETIS (Antecedentes Históricos de Cuitlahuac, 2000 y Gobierno del estado de Veracruz, municipio de Cuitlahuac, 2002).

## **Salud**

En este municipio la atención de servicios médicos es proporcionada por una unidad médica de La Secretaría de Salud y dos del IMSS. Cabe señalar que en esta municipalidad se prestan los servicios de consulta externa (Gobierno del estado de Veracruz, municipio de Cuitlahuac, 2002). Además se cuenta con varios centros de alcohólicos anónimos y algunos de neuróticos anónimos,

laboratorios clínicos y consultorios privados (Antecedentes Históricos de Cuitlahuac, 2000).

## **EL MUNDO DE LOS INFORMANTES: UN RECORRIDO POR MATA CLARA Y EL MANANTIAL**

A la salida del Municipio de Cuitlahuac con dirección a Córdoba, se encuentra situada la entrada a Mata Clara una congregación rica en vegetación, calor y calidez humana. Posee cuatro entradas enfatizadas, de izquierda a derecha, en primer lugar se encuentran parcelas dedicadas a la caña, frente a ellas en la misma calle, se ubican viviendas, el término de éstas marca el inicio de la calle principal, la cual esta pavimentada.

Sobre la calle principal se encuentra ubicada la escuela primaria Emiliano Zapata, justo al inicio de la calle y sobre la autopista, posteriormente se encuentran la tercera entrada, caracterizada por vendedores de artesanías al principio de la calle y viviendas después, a continuación se encuentran parcelas divididas por la cuarta entrada a la congregación, está cubierta en ambos lados por sembradíos de caña, esta calle es la que permite el acceso más rápido para el ejido El Manantial, en cambio se utiliza para las camionetas con jornaleros o camiones cañeros; para el transporte público se utiliza la calle principal.

Al final de la primera calle se encuentra ubicado el Centro de Salud, que brinda atención a varias comunidades, incluida Mata Clara y El Manantial. Sobre la calle principal y al centro de la congregación se encuentra la iglesia y frente a ella el parque con un kiosco y un enorme árbol de Nacaxtle, el cual de acuerdo a los habitantes, posee propiedades curativas, su corteza hervida en agua ayuda a deshinchar los pies de las personas diabéticas, después de sumergirlos en esta mezcla.

A un costado del parque y sobre la tercera calle o entrada se encuentra la casa del campesino, una amplia habitación, en donde se realizan juntas y eventos para la comunidad, a un lado de ella se sitúa el jardín de niños. Al final, de la misma calle se encuentra *el cuadro*, un amplio campo utilizado para jugar béisbol los fines de semana, el cual se encuentra uniendo a Mata Clara con El

Manantial, este ejido se localiza, justo atrás de la casa del campesino de Mata Clara y a la altura de la cuarta entrada.

El Manantial cuenta al igual que Mata Clara con su casa del campesino y una iglesia, los cuales se hallan a un costado del cuadro, atrás de ellos existen parcelas. Antes de llegar al cuadro, sobre la cuarta calle está la escuela primaria y más adelante el jardín de niños de El Manantial, cabe aclarar que en ambas comunidades se encuentran templos de las diversas religiones que se profesan, sin embargo sólo algunos son visibles, como los ubicados sobre la calle principal de Mata Clara.

La actividad laboral principal en Mata Clara y El Manantial es la zafra o corte de caña, la mayoría de sus actividades se dan en torno a ésta por ser la principal fuente de ingreso para las familias. Los varones de ambas comunidades, a la par de jornaleros de otras poblaciones, son quienes laboran en ellas, su trabajo consiste en cortar la caña, además de regar líquido, barbechar y transportar la caña al ingenio.

Las mujeres que llegan a trabajar en el corte de caña son externas a la comunidad y sólo acuden en período de zafra, las mujeres de la comunidad realizan otras actividades laborales, cortar limón, vender alimentos, atender algún negocio o cuidar enfermos. De la misma forma existen personas de ambos sexos que trabajan fuera de su comunidad, en las poblaciones cercanas, como meseros(as), recamareras, obreros, entre otros.

Las viviendas características de Mata Clara son de ladrillo y losa, pero con acabados que van desde un sencillo revocado, hasta acabados finos.

En el primer caso la construcción es de un piso y consiste en un cuarto alargado y dividido por muebles que delimitan las diferentes áreas de la casa: recamara, sala y comedor, mientras que la cocina se encuentra a un lado de la casa de losa, hecha a base de madera y lámina, en muchos casos el cuarto de baño y el lavadero también se encuentran fuera de la casa.

Éste es el tipo de vivienda típica de una familia que posee recursos económicos limitados y que por lo general se mantiene a base del trabajo que hay dentro de la comunidad o pueblos cercanos.

Las casas que entran en el segundo caso, poseen una construcción muy parecida a la anterior: un cuarto grande, sin embargo puede llegar a tener compartimientos definidos, por bardas o muros, los cuales separan las diversas

áreas de la casa, la cocina y el cuarto de baño se encuentran dentro del inmueble y están hechos del mismo material.

Su fachada varia en colores y materiales, pero muestra una mayor inversión económica en la construcción: teja, rejas de metal, azulejo, incluso pueden ser de dos pisos y con balcón, todo ello producto del trabajo fuera del estado, por ejemplo en Estados Unidos. En ocasiones este tipo de casa pertenece a los dueños de parcela.

Sin embargo, ambos tipos de vivienda en su mayoría, conservan el estilo tradicional con un corredor en la entrada principal, en el cual se colocan hamacas y sillas, que son de suma utilidad en los días calurosos, atrás de la casa se encuentran amplios traspacios con una extensa y surtida vegetación, plantas medicinales, flores, árboles de mango en su mayoría y en otros casos de guanábana, limón, plátano, entre otros.

Las casas que pertenecen a El Manantial en un gran porcentaje poseen la misma estructura a la de la congregación, sin embargo también se encuentran casas más sencillas, incluso hechas a base de plástico, madera, lamina y sin vidrios, las puertas son más rústicas, una madera que cubre la entrada de la casa principal, el cuarto de baño, el lavadero y la cocina también se encuentran fuera de la casa, éstas son más pequeñas y sencillas.

En cuanto a los traspacios en El Manantial son igual de amplios, pero debido a la construcción de las casas pueden apreciarse mejor, puesto que hay terracería únicamente, sólo existen las banquetas, que dividen los terrenos de la calle. Entre las casas existen divisiones formadas por plantas, arbustos y árboles que dividen los terrenos, y señalan lo que pertenece a cada familia. Este tipo de construcción facilita enormemente la comunicación entre vecinos en ambas comunidades, permitiendo la unión entre sus habitantes.

La unión que poseen les ha permitido crear sistemas que benefician a toda la población, principalmente en el ámbito laboral, cuando una familia no cuenta con los medios económicos para cubrir sus necesidades, ya sea un familiar cercano o amistad vecina le proporcionan trabajo, en el caso específico de las mujeres se les da ropa a lavar, cuidar algún enfermo, cortar limón, de tal manera que puedan obtener un ingreso no fijo, pero que les permita solventar los gastos de la familia.

Estas poblaciones se abastecen de alimento, ropa y calzado en el mercado de San Juan ubicado en el centro de Cuitlahuac, la forma más usual para llegar a él es por transporte público, el camión conocido entre la población como “*el chile*”<sup>2</sup>, el cual pasa cada hora por ambas comunidades.

Para llegar a Cuitlahuac se requiere de treinta minutos al menos, el tiempo necesario para hacer las compras y media hora para regresar, pero primero hay que esperar a que se de la hora calculada en que pasará el camión que los llevará de regreso, tratando que no sea hora de comida, de lo contrario la espera aumenta, sólo hay un chile que realiza los viajes, para ambas comunidades.

De esta forma, el promedio para ir al mercado es de dos horas como mínimo, si el viaje es rápido, ya que pueden tardarse hasta medio día, por ello es preferible hacer las compras el día domingo, puesto que no se tienen que realizar las mismas actividades que entre semana: escuela, trabajo, quehacer, etc.

Dentro de las comunidades se encuentran tiendas de abarrotes, en las que únicamente se encuentra lo básico: papel, azúcar, sopas, queso jarocho, detergente, pan casero, algunas verduras en pequeñas cantidades y los productos comerciales de grandes extensiones, Coca-cola, Corona, Sabritas y Bimbo.

Si lo que se requiere es una hierba de olor o con propiedades curativas y no se cuenta con ella, se acude al vecino, quien la proporciona por lo general, sin pago alguno.

Existen otros establecimientos con mercancía limitada como una papelería, una refresquería, un café Internet y locales improvisados dentro de los corredores de las casas para vender comida casera, éstos se abren sólo el fin de semana o días festivos.

También, se pueden encontrar vendedores de carnes, con el siguiente sistema: a cada vendedor ya sea de carne de puerco o de pollo le corresponde vender un día por semana, cada uno tiene un día específico para vender su producto a los pobladores, cada habitante que desee consumir carne, la solicita incluso con un día o dos de anticipación, no siempre es necesario, pero si

---

<sup>2</sup> El Chile es el nombre que le dan algunos integrantes de la comunidad, principalmente las mujeres, al autobús del transporte público, debido a las líneas verdes que lo decoran a los costados.

preventivo, sin embargo es muy frecuente que no se cuente con el dinero necesario para comprar este producto o cualquier otro, entonces se pide fiado y se paga el fin de semana, si es posible todo y si no se aporta un abono.

Otros productos que se piden fiados son ropa, aparatos electrodomésticos, muebles y alimentos hechos en casa como picaditas, pan, tamales, empanadas, etc. Es constante que la ropa que utilicen sea de segunda mano, sobre todo en El Manantial, debido a su bajo ingreso económico, la ropa se adquiere por donación de algún familiar, amistad o vecino que la recibió del exterior o bien comprándola en el basar del mercado de San Juan.

Hay productos que se compran de contado como el gas y “la tarea de leña”, los cuales les duran dos meses aproximadamente, por tanto este gasto es esporádico y a la vez indispensable, por ello hay que cuidarlo. Un tanque de gas tiene un costo aproximado de doscientos pesos y una tarea de leña va desde doscientos hasta trescientos pesos según la calidad. Si las posibilidades son pocas, se opta por un producto u otro, bien sea por el gas, sobre todo si no hay fogón en casa o por “la tarea de leña”, si se requiere rapidez al cocinar, la mayoría de las familias cuentan con ambos.

Otras situaciones que manifiestan la unión entre las comunidades son las fiestas populares en donde se hace uso de la creatividad de la población organizando bailes, misas, desfiles, coronación de reinas, entre otras actividades, más que el hecho de celebrar una fecha conmemorativa, es la acción de convivir entre ellos: reír, cantar, comer y festejar la unión entre los pobladores.

La unión no se da únicamente en los festejos, sino también en acontecimientos dolorosos, como el fallecimiento de un familiar, en donde ambas comunidades se unen en una, dando apoyo físico, moral y económico, de acuerdo a las posibilidades de cada familia será el apoyo que le darán a la familia doliente, desde veinte pesos o un kilo de frijol, algunas sopas de pasta, hasta doscientos o trescientos pesos para lo que se requiera en el sepelio o los días siguientes a éste, en el novenario, colaborando en la preparación de la comida para los acompañantes, sirviendo los alimentos o acomodando las cosas que se requieran para dicha ceremonia.

Los habitantes comparten festividades y pesares, para ellos no importa la religión que profese su vecino, si bien no asisten a reuniones religiosas si colaboran en acontecimientos como fiestas populares, bautizos, bodas, cumpleaños y demás fechas festivas.

Las decisiones que se toman para las comunidades se hacen de manera independiente por cada población en juntas, en ellas se tratan los puntos importantes para esa comunidad, algún festejo, el pago a los jornaleros o algún problema que se presente.

Otro punto importante a considerar es el concepto que se tiene de estas poblaciones, por parte de las comunidades aledañas, las cuales promueven constantemente que los habitantes de Mata Clara, también El Manantial, pero lo incluyen dentro de la congregación de Mata Clara, como dignos representantes de la descendencia africana, esto es, poseen características negroides.

Al respecto los pobladores no consideran poseer dichas características, sino que ambas comunidades manifiestan que *“los negros están más al fondo”*, si bien es cierto que comparten algunas características físicas visibles de los negros africanos, tales como altura, cabello, forma de la cara, también es cierto que el mestizaje ha provocado que se convine con rasgos indígenas, por ejemplo su tez es oscura, pero no al grado de una persona africana, cabe señalar que si hay habitantes con estas particularidades, pero son pocos.

Sin embargo, el significado que se le ha dado a la palabra *“negro”* ha sido de inferioridad, provocando que en ocasiones los habitantes de estas comunidades vean a su vecino como negro, pero no así mismos y a la vez aceptan este término como algo cotidiano, llegando a usarlo como un mote cariñoso con el que se dirigen a sus hijos y hermanos.

## **CAPÍTULO 7**

### **METODOLOGÍA**

#### **PROPÓSITO**

El propósito del presente estudio es conocer si las mujeres de la congregación Mata Clara y el ejido El Manantial, pertenecientes al Municipio de Cuitlahuac Veracruz: presentan comportamientos que se contraponen al tratamiento médico de la diabetes tipo 2, en caso de existir éstos, conocer cuáles son los patrones culturales que los configuran.

#### **OBJETIVOS**

- Identificar, si las mujeres de la congregación de Mata Clara y el ejido El Manantial con diabetes, presentan comportamientos culturales que se contrapongan al tratamiento médico institucional para esta enfermedad.
- Describir los patrones culturales que configuran dichos comportamientos.

## PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo enfrentan la diabetes las mujeres de la congregación de Mata Clara y el ejido El Manantial?

## TIPO DE ESTUDIO

Cualitativo

De caso

## DISEÑO

Descriptivo e interpretativo

## SELECCIÓN DEL ÁREA Y MUESTRA

Al inicio de la presente investigación se acudió al municipio de Yanga Veracruz, para indagar sobre la diabetes tipo 2 en población afrodescendiente mexicana, debido a la literatura consultada y a los foros asistidos, en donde se manejaba que la región pertinente para cumplir el cometido de la investigación era ésta.

En congresos y literatura consultada previamente a la investigación en campo, se hacía notar que la población con descendientes directos de África era *Yanga el primer pueblo libre de América*, poblado que incluso lleva el nombre del libertador de esclavos más reconocido, Yanga, empero al llegar a esta población no se encontraron personas con estas características, ya que es una comunidad conformada por emigrantes de otros estados de La República Mexicana. Los mismos habitantes de Yanga, mencionan que las personas con menos mezcla "*están más al fondo*", en la congregación Mata Clara, perteneciente al Municipio de Cuitlahuac.

Por tal motivo el estudio se realizó en el municipio de Cuitlahuac, en donde se encuentra la población descendiente de los esclavos negros, por ello:

- La muestra fue seleccionada por muestreo intencional.
- El área de estudio fue la congregación Mata Clara y el ejido El Manantial del Municipio de Cuitlahuac Veracruz.
- La población fue afrodescendiente descendiente de los esclavos africanos traídos durante el periodo colonial.

- La muestra fue compuesta por cuatro mujeres de esta comunidad, miembros de una familia conformada por diferentes integrantes:
  - Mujer de 68 años de edad, viuda, cuidadora de hijos, nietos y hermano. Padece diabetes tipo 2, asociado con retinopatía diabética y EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica).
  - Mujer de 59 años de edad, soltera, cuidadora de sobrinos y hermano. Padece diabetes tipo 2 asociada con insuficiencia renal crónica, retinopatía diabética y neuropatía periférica.
  - Mujer de 49 años, cuidadora de un esposo enfermo de diabetes tipo 2, asociado con neuropatía periférica, pielonefritis crónica, EPOC, insuficiencia arterial crónica, catarata metabólica bilateral y desnutrición calórico proteica, el cual ya falleció por las complicaciones antes mencionadas.

La cuidadora presenta diagnóstico de obesidad mórbida y, por los síntomas que presenta, es probable que ya haya desarrollado diabetes tipo 2.

- Mujer de 29 años de edad, esposa y madre, sin antecedentes directos de diabetes tipo 2.

## MÉTODOS

Los métodos empleados en esta investigación fueron:

- Observación participante

Para conseguir un buen rapport se convivió de manera abierta con la comunidad, proporcionándoles pláticas sobre la diabetes tipo 2, consultas médicas y psicológicas gratuitas, realizando recorridos por la comunidad, describiendo y analizando lo observado y escuchado, sin juzgar o calificar sobre ningún aspecto, por ello, se tomó a la observación participante como método en esta investigación (Taylor y Bogdan, 1987).

- Método fenomenológico

Se describió el fenómeno a través de la experiencia concreta y libre, buscando en diferentes fuentes: participantes, equipo de trabajo y vecinos de la comunidad, con el propósito de establecer categorías y relaciones entre estas.

Posteriormente se profundizó en la estructura del significado que le dan las mujeres a la diabetes tipo 2 y así mismas, sin enjuiciar, pero si interpretando las palabras, actividades y comportamientos de las mismas (Mayan, 2001).

## **ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN**

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos fueron:

- *Registros observacionales*: para registrar las observaciones que se hicieron durante la investigación se emplearon notas de campo y grabaciones en audio y video, éstas se realizaron después y durante las entrevistas en profundidad o en algunos acontecimientos que llamaban la atención como fiestas, reuniones, pláticas, asistencia al centro de salud o al trabajo de las participantes.
- *Entrevistas en profundidad*: se realizaron en diversas situaciones y actividades cotidianas como en el trabajo, la calle, en casa, afuera de las escuelas. En la realización de las entrevistas en profundidad se contó con una guía (ver anexo 1), además de ser grabadas con equipo de audio.

## **CODIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

La codificación y análisis se realizó de manera manual y constó de tres actividades conforme a Miles y Huberman (1994):

- *Reducción de datos*: se simplificaron los datos separándolos en unidades y conjuntos de acuerdo a los criterios que se consideraban relevantes.
- *Disposición y transformación de datos*: para dar coherencia a los datos obtenidos, se requirió ordenarlos, de manera que facilitarían un mejor acceso y análisis de éstos, permitiendo la transformación de los datos en bruto a las categorías, conforme se identificaban se asignaban a una determinada categoría. Después se sintetizaron todas las categorías.
- *Obtención y verificación de conclusiones*: posteriormente surgieron las conclusiones y afirmaciones con respecto a la enfermedad y los patrones culturales, las cuales fueron confirmadas con la misma población.

## **CAPÍTULO 8**

### **PADECER DIABETES Y SER MUJER EN MATA CLARA Y EL MANANTIAL**

#### **¿CÓMO UNA MUJER DE MATA CLARA Y EL MANANTIAL CUMPLE CON SER MUJER?**

El estilo de vida de una mujer en la congregación de Mata Clara y el ejido El Manantial está en función, entre otros, de los patrones preestablecidos en su cultura, patrones que ha adquirido a lo largo de su vida como hija y que enseñará como responsable de una familia.

Una mujer, que tiene a su cargo una familia, realiza como labores cotidianas: levantarse a la par de su pareja, cuando éste se va a trabajar, en tiempo de zafra, a las 6:00 de la mañana o antes, para preparar “*el lonche*” o comida hecha para un trabajador: esposo, hijo u hermano.

El lonche es recogido a las 8:00 o 8:30 a.m. por “el lonchero<sup>3</sup>”, mandado a la zafra o al trabajo en el que se encuentre laborando.

A pesar de levantarse temprano para cocinar el lonche, es variable el tiempo que se invierte en su realización, generalmente es poco, sin tomar en cuenta alimentos como los frijoles que se cuecen un día antes, en ocasiones se realiza en conjunto, es decir con otras mujeres que también preparan el lonche:

*“Eso es rápido, por que como le digo una ya está impuesta a eso, no se le hace dificultoso...” “...si son frijoles y chile... diez minutos... Sí, por que una para la cazuela de los frijoles y otra para los chiles... sí, pues se ponen un día antes {los frijoles}, para que al otro día ya estén cocidos”.*

Se procura cocinar en el fogón platillos que serán enviados como lonche: picaditas, empanadas, carne y frijoles, ya que además de ser más rápido también es más económico y práctico:

*“En la estufa no, eh, por que nosotros buscamos, como se dice: la comodidad, ¿no? Si cozo los frijoles en la estufa, gasto más gas...”.*

El costo de un tanque es de \$181.00, en cuanto a la leña:

*“...te la venden por tarea, entonces depende, si es de mango te la dan en 200 o así, pero si es otra más buena, que sea de Huasimo, Huisache, que sé yo, te la dan en 300, la tarea...”.*

Una tarea de leña se mide por las varas o trozos de leña talados antes de venderse, al acumular todas las varas se tiene una dimensión aproximada de 2m. de largo por 70cm. de alto y 80cm. de ancho. Una tarea de leña y un tanque de gas duran alrededor de 2 meses cada uno.

El gas sólo se utiliza para hacer guisos esporádicamente, que también pueden ser enviados como lonche: sopa, papas con salsa, “un pedazo de carne”. La cocción en la estufa es más lenta y utiliza más combustible, mientras que la leña se utiliza constantemente, sobre todo si es buena, ya que un tizón que se deja en la mañana se puede encontrar prendido en la tarde acelerando la cocción de los alimentos, el fogón está permanentemente caliente.

Otro punto a considerar es la forma de pago, la tarea de leña se puede pedir fiada y pagarla en abonos si se conoce a la persona que la vende, en

<sup>3</sup>El lonchero es la persona encargada de recoger la comida de los trabajadores de la zafra, pasa a recoger el lonche preparado previamente por la mujer, a la casa de cada uno, 2 veces al día, en la mañana y al medio día.

cambio el tanque de gas se tiene que pagar de contado y en ocasiones se evita comprar algunas cosas para cubrir éste gasto:

*“...como ahorita ando en esta semana, de que no he tenido gas desde que... tenía tiempo, enton’s esta semana, me compre mi gas... no compre otra cosa... yo no compre ahorita, ni azúcar, no compre ni fríjol, no compre ni aceite, nada de eso... por que si compro mercancía, por ejemplo de la semana, enton’s no me compro el gas”.*

Después de preparar el lonche y si hay tiempo, la mujer se toma un café con galletas o pan, junto con sus hijos o nietos; si estos aún van a la escuela, los manda después de darles su café, es probable que a la hora de recreo, a las 10:30 de la mañana acuda a dejarle comida a los niños a la escuela (si aun están en la primaria o preescolar) o le encargue a alguna persona que venda alimentos, que le proporcione dicho alimento a los niños, pagándolos después; posteriormente comienza con el nuevo lonche, que será enviado a las 11:30 a.m.

Cerca del medio día comienza hacer su quehacer: lavar, planchar, barrer, recoger, hacer la comida. Alrededor de las 3:00 p.m. almuerza, continuando después con las actividades que le falten en el hogar, para las 6:00 p.m. aproximadamente, come o cena, ambas comidas pueden ser en compañía de su pareja o hijos, si se encuentran.

Una función primordial de la mujer es administrar la casa: ella es la encargada de realizar las compras y cubrir las necesidades del hogar, incluida la ropa tanto para ella como para sus hijos y pareja:

*“Pues uno tiene que comprar la ropa... por decir, mis hijos trabajaban y me daban su dinero, yo sabía, si ya no tienen pantalones, tengo que comprarle el pantalón, pero de ese mismo sueldo tengo que comprar el pantalón, que ya no tiene camisa, una camisa, como una es la que lava y una lo ve, uno se da cuenta lo que les hace falta”.*

La ropa es comprada de acuerdo a las posibilidades de la familia, en establecimientos de ropa de segunda mano, pero en buen estado, *“lavándola bien”* para que se pueda usar. En cuanto a la ropa interior, sí no alcanza para comprarla de contado se compra en abonos semanales.

El calzado, al menos para ella se compra sí sobra del gasto, aunque sólo alcance para unas chanclas, primero hay que comprarles a los niños, si alcanza para zapatos se les compra, sino, se les calza con chanclas o zapatos de hule.

*“...‘horita no tengo zapatos, ‘horita ando con estos, hasta pa’ dominguear... me compré unas chanclitas de \$25.00 y ‘horita son mis chanclas que me compre el viernes... ésta {su hija}, se me rozó el viernes, se estaba rozando, fui a similares y le compré su pomada, el dinero me lo gasté en ellos, por que, estas chanclas que me traje... yo siempre he dicho: primero están ellos... pues ahorita si me quedaron para las chanclas, nada más...”*

Los varones suelen usar botas, si se dedican al riego de líquido, sino utilizan tenis o zapatos, según sea su posibilidad, esto es por el trabajo que realizan en el campo.

En cuanto a los artículos personales, al igual que el calzado y la ropa se compra si hay posibilidades, sino algún familiar los facilita:

*“...como ‘horita me regalaron 2, 2 desodorantes y ya ‘horita la voy haciendo y a veces venden... y me compro que mi perfumito, ‘horita que le compre una crema a ella {hija} y así, yo vengo como el pipiche, comprando en dos pagos o como pueda yo”*

Cabe mencionar que hay familias con un mejor ingreso económico, ya sea por un mejor sueldo, por ayuda de familiares que trabajan en los Estados Unidos o por la posesión de parcela, en este caso la ropa y el calzado se pueden comprar nuevos, en cambio la mujer continua siendo en su mayoría, quien realiza la compra, además se compra en mayor cantidad los productos para la casa:

*“...le encargan un cartón de aceite o dos, según como nos manden mis hijas...”*

La adquisición de la despensa se realiza el domingo de cada semana en el mercado de San Juan.

*“...la despensa sólo incluye los productos más necesarios. Servilletas no usamos, que más que el rollito de papel de baño y lo poquito que compras: que la sopa o que la azúcar o un kilito de arroz y luego ay un kilito o dos, kilo y medio de jitomate, que la cebolla y todo, o sea, que ahí se va incluyendo... por que no*

*...tienes para hacer una buena compra, por decir así, que te vas al mercado, que te vas a comprar que la carne, que el pollo que, ¡no!...”.*

El gasto que reciben para la casa, se administra de manera que cubra lo básico, la comida, el vestido y cosas para los hijos, útiles escolares, medicinas, etc. En comida se gasta alrededor de \$300.00 a la semana, el gasto puede variar de acuerdo a los integrantes de la familia:

*“Compramos que el aceite, fríjol, que la azúcar, que el arroz, que los jitomatitos, los chiles y eso, pues te gastas más de trescientos pesos, nada más en lo básico...”.*

Es común que el gasto no alcance para comprar carne, por ello, se pide fiado:

*“...supongamos que en la semana se te antoja un pedazo de pollo, por decir así, pues lo pides fiado, por que como aquí venden... hay señoras que venden... se me antoja un pedacito de carne de puerco, como no lo compre el domingo que no tengo, pues lo pido fiado ahí, y si el miércoles vende la otra pollo y se me antoja, pues lo pido fiado...”.*

Pedir fiado o prestado, trae como consecuencia que se reduzca el gasto:

*“...pero también el problema es a la siguiente semana, es difícil el día domingo por que ya te tienes que reducir más en el gasto, por que si no lo pagas, por lo menos abonarlo, por lo que pediste”.*

En algunas familias, es frecuente que el fin de semana se compre un tamal de pollo (pollo envuelto en hoja de plátano), un pollo rostizado, o un refresco, entre dos o más familias cercanas, para alcanzar a cubrir el gasto y sobre todo se pueda dar una convivencia entre éstas, por lo general son las familias de los hijos que visitan a sus padres. También se pueden compartir otros tipos de alimentos entre las familias, como buñuelos o tamales.

Por su parte, el varón se hace cargo de costear los muebles, en ocasiones también puede pagar algún préstamo que se haya solicitado, por motivos diversos:

*“Pues él me da a mí para las drogas, y ahorita me dejo para las drogas y los pañales de la negra {hija}. Y ya cuando él trabaja me da a mí, mi semana, cuando gana su tantito más y compro mi comida”.*

Hay ocasiones en donde el varón se atrasa con el gasto o definitivamente no da, entonces la manutención corre a cargo de la mujer:

*“...hay partes, que luego el marido pues sí, no da bien dinero en la casa o cualquier cosa y ellas salen a buscar...”.*

*“A veces dan, a veces no dan... por que a veces la tomadera o que otra mujer, pero así. Hubo un tiempo, semanas que no me daba nada, yo hasta lloraba por que no tenía nada que darle a mi hijo...”.*

Cuando ocurre esta situación, la mujer busca la manera de solventar los gastos del hogar, sin trabajar propiamente en una actividad por la cual reciba un sueldo fijo, ya que:

*“...no me deja trabajar, ¡no!, dice que atienda yo a sus hijos, que primero están sus hijos y ya después...”.*

Algunos de los trabajos que realiza la mujer de estas comunidades son: lavar ajeno, cuidar enfermos, atender algún negocio familiar y vender alimentos hechos en casa por ella:

*“...había que darles de comer, pero yo siempre buscaba, por que yo todo el tiempo me ha gustado trabajar, yo todo el tiempo he trabajado y cuando no me alcanzaba su sueldo y eso, de todas formas yo me buscaba, que una lavada o ayudar en las casas y eso, pues ay me daban y yo de ahí les compraba la comida a mis hijos”.*

Para ello, se apoya en sus familiares o vecinos cercanos, realizando actividades por las cuales recibe un módico apoyo económico:

*“Yo trabajaba... hacia, pa’ no dejar a mis hijos, planchaba yo ajeno y me ayudaban mi amá y mi apá, todos mis hermanos gracias a díos me ayudaban, todos... hacia yo tamales para vender, todos mis hijos estaban chiquitos.”*

En otras ocasiones, algún familiar le apoya económicamente sin que realice un trabajo, esto sucede generalmente cuando tiene hijos pequeños y le es difícil salir a trabajar:

*“...luego me decían ‘mandaron los chamacos {sus hermanos de E. U.}, y me dijeron que te diera tanto pa’ el niño’, y ellas me daban...”.*

La mejor ayuda que se le puede proporcionar a la mujer es darle un trabajo, por pequeño que sea:

*“Luego mi hermano que estaba soltero, ‘horita ya se caso, luego me decía lávame la ropa, tenía harta ropa, le decía: ‘te la lavo’, ‘bueno lávame’, me daba \$50.00 o \$100.00 y ya yo me basaba en lo que a mí me daba, luego agarraba pa’ el niño y para algunas cosas que a mí me hicieran falta... luego iba a casa de mamá y me decía: ‘tengo harta ropa’ le decía: ‘te la lavo’ y si me daba a mí, mi dinero*

De igual forma, vende productos que vienen del exterior en una pequeña tienda improvisada en su casa: dulces, frituras, refrescos, incluso se encarga de maquinas de la suerte, también puede vender pollo o puerco, en el caso del primero es crudo, mientras que el segundo puede ser crudo o cocido.

Cuando se trata de los alimentos elaborados por ella como: tortillas, picaditas, gorditas, enchiladas, tamales y pan, su costo es de entre \$2.00 y \$2.50 la pieza, suele ofrecerlos casa por casa, si en ese momento la(s) compradora(s) no cuenta(n) con el dinero se los puede fiar, se le pagan cuando se cuente con este importe, por lo general el fin de semana, aunque sea en abonos. Otra actividad que realiza para obtener algún beneficio económico es cortando limón, el propósito es cubrir los gastos de su hogar.

Por otro lado, las actividades y funciones que realiza una mujer permanecen constantes, sin embargo, pueden sufrir modificaciones como realizarse con más frecuencia o por el contrario dejar de realizarlas.

Hacer los quehaceres de la casa: el lonche, convivir con su pareja y cuidar a su familia es como una mujer de Mata Clara y El Manantial cumple con ser mujer:

*“...sí, o sea, que cada matrimonio va viviendo su vida depende a lo que le toque, por ejemplo, decir un matrimonio, que la pareja que viva, que cada quien tenga diferentes trabajos, por decirlo así, por que ya ve que hay muchas gentes que se casan con personas que trabajan en oficinas, es muy diferente, por que esa esposa no sabe hacer nada, por que si se va a las nueve hacer a la oficina, pus ya se fue comido, bebido y ya no hizo nada, ya nada, y nosotros pues no por que todo el tiempo, todo el tiempo hay que ponerles lonche, aunque se vayan por días, viene él hombre a recoger el lonche, siempre, siempre...”*

## **VICISITUDES COTIDIANAS DE UNA MUJER MATACLARENCE Y MANANTIALEÑA: ALCOHOL, VIOLENCIA Y PRECARIEDAD ECONÓMICA**

Una mujer Mataclarence y del Manantial en su mayoría pertenece a un hogar conformado, por ella, una pareja e hijos:

*“Unas personas se casan otras se juntan...”.*

Dicho hogar se va modificando conforme transcurre el tiempo y se suscitan separaciones, ya sea de los hijos hacia los padres o de la pareja. Las separaciones pueden ser por abandono, acuerdo de separación, la formación de otra familia o el fallecimiento de algún integrante.

Al formar una familia comienza un nuevo período en la vida de una mujer, una etapa de adaptación a su nueva condición, de ser hija de familia soltera después a esposa y madre, adquiere compromisos, obligaciones, actividades y conductas que si bien conocía con anterioridad no recaían en ella hasta el momento en que se responsabiliza de una familia.

En los últimos años se ha presentado una mayor incidencia a casarse antes de los 20, incluso a los 15 años de edad, esto ocurre cuando se embaraza antes de casarse, en tal caso su familia la lleva a casa de su pareja, en donde forma parte de la familia del varón y a la vez comienza la propia; con el tiempo el dueño del terreno, generalmente su suegro, provee o regala un pedazo de terreno a la pareja, permanezca en unión libre o casada, para construir su casa.

Para comprender de forma más clara su nueva condición se debe tomar en cuenta el contexto laboral del varón; las actividades que realiza el hombre, se presentan a partir del cambio de tecnología en las parcelas, desde 1970 aproximadamente. Esta tecnología consiste principalmente en el riego de: líquido, fertilizantes, herbicidas, venenos y la quema de caña aún sembrada, con motivo de una mejora y aumento en la producción de ésta, todo ello, además del aumento de temperaturas que se han registrado en el estado, han traído cambios, tanto en la producción cañera como en la familia.

Los cambios que se han presentado en las parcelas y las altas temperaturas, han traído como consecuencia un mayor esfuerzo físico en los

trabajadores dentro de la zafra, además de un alto grado de riesgo al exponerse a los químicos de los herbicidas y venenos, conjuntamente con el peligro de los animales que se encuentran en la parcela, los cuales pueden llegar a causar incluso la muerte, como las víboras y las arañas viuda negra.

Antes de casarse, el varón trabaja; desde niño se le inculca el beneficio y la necesidad del trabajo, sin embargo al ser soltero, regularmente en la zafra trabaja menos cantidad de horas en comparación a un hombre casado, debido a que las necesidades son diferentes, no es lo mismo cubrir los gastos de sí mismo, que los de una familia.

Cuando se casa, su jornada en el corte de caña aumenta, por ende el rendimiento es aún mayor, su jornada de trabajo es de 7:00 a.m. a 6:00 u 8:00 p.m., según se requiera para alcanzar la meta preestablecida por el ingenio, si su labor es regando liquido, trabaja dos veces por semana, medio día y gana menos.

Para rendir en la zafra, requiere del uso del aguardiente, el cual puede estar preparado con alguna hierba (la maístra) o un bejuco (guaco), generalmente amarga(o), por su poder medicinal gástrico o para aminorar el cansancio, el aguardiente también puede ser acompañado de un refresco o una cerveza, “*pa’l bajon*” o para aminorar “*lo fuerte*” de esta bebida.

Al terminar la jornada laboral algunos varones acostumbran consumir más aguardiente, aparte del ingerido en la zafra, esto lo realizan con sus compañeros de trabajo; posteriormente regresan a su casa, sin embargo, como el alcohol produce cambios en el estado emocional de la persona que lo consume, provoca una desinhibición en su conducta, por ejemplo: risas, gritos, enojo, llanto, sueño, entre otros.

En consecuencia, un varón que ha convivido con sus compañeros, al regresar al hogar después de un arduo día de trabajo y con el efecto del alcohol, presenta conductas agresivas hacia su pareja, conductas que no presentaba antes de su unión:

*“...cuando anda uno de novio le dicen a uno tantos misterios de distintos, ¿para qué?, para que con una cosita chiquita ya empiezan que ya le meten uno, unos trancazos, unas cachetadas”.*

Al llegar a casa alcoholizados, por cualquier detalle se molestan, provocando agresiones que pueden ir desde palabras ofensivas hasta los golpes:

*“...una vez, mis hijos tenían 2 años... llegó borracho haciendo su teatro y todo eso; lo bueno que yo ya había sacado a mis hijos de la hamaca... agarró y movió la hamaca y la cruzó de lado a lado... conforme ya no estaban en la hamaca, sí hubieran estado en la hamaca, ¡ay! los hubiera matado, ¿y entonces?”*

Estas situaciones llegan a ser constantes para la familia en general:

*“En aquel entonces, nosotros teníamos una casa de palmita y palitos y entonces yo lo que hice fue jalar a mis hijos, y sí, los pobrecitos me entendían, por que ya na'más les hacía que no hicieran bulla, calladitos y nosotros atrás de la caja na'más, así como los perritos nomás encogiditos, hasta que él se quedaba dormido, para nosotros podernos meter otra vez, para meternos...”*

Las conductas agresivas por parte del varón ocurren únicamente cuando esta bajo los efectos del alcohol:

*“...sólo cuando él estaba borracho... en juicio era otra persona, es más en juicio casi ni hablaba, pero borracho sí... si había algo que no le gustaba no decía nada... por ejemplo si yo me iba a tal lugar y a él no le parecía, yo llegaba y no me decía nada, pero cuando se emborrachaba me reclamaba... ‘sepa la madre donde te largaste’ y ay venía la bronca...”*

La mujer procura sobrellevar estas condiciones de vida, en un principio, evita las agresiones, alejándose del escenario o escondiéndose de esta situación que dura años:

*“...como sufría por que también llegaba borracho y me hacía, me quería pegar, me aventaba así {ambas manos a la altura del pecho, con las palmas hacia el frente, simula un empujón}, y yo jalaba a mis hijitos pobrecitos, luego nos íbamos pa'llá, pa'la finca, en lo oscuro, no había luz, estábamos en lo oscuro mientras él se dormía pa' podernos meter, pa' dentro. Y así le estuve soportando muchos, muchos años...”*

En un momento diferente para cada mujer, comienza a responder de la misma manera a su pareja, con insultos, gritos, en algunos casos con golpes:

*“...ellos nomás llegan ya bien pedos, sí, si se ataruga una ya te quieren hasta golpear, ya vienen muy valientes y hacen su fiesta y su teatro, si uno se deja pues ya, ya estuvo que ya te agarró, ya*

*te dieron tus soquetes, pero como uno no es tarugo pa' dejarse, yo nunca me dejé que me pegaran... ya ahorita que mis hijos ya estuvieron grandes ya, de ay pa'ca yo ya no me deje..."*

Es común que la mujer sepa de ante mano que su pareja llegará bajo el efecto del alcohol, encontrará un motivo para comenzar a pelear: la comida, si ella no se encuentra en casa, algún objeto fuera de su lugar; saber que la escena se repetirá provoca una predisposición en ella, de tal manera que la espera de su pareja, se vuelve la espera del término de un día más, un fin que llegara por medio de un disgusto, una molestia o una pelea, de la cual ella es una participante activa.

Estos sucesos se convierten en una forma de comunicación en la pareja, continuando la pelea de la misma manera o comenzando el altercado, generalmente por reclamos hacia el estado en que llega su pareja o por alguna conducta o acción reprobable para ella.

Un motivo que se encuentra presente en la mayoría de los casos, es la cantidad de dinero que recibe para solventar los gastos de la casa; a pesar de consumir una buena parte de su sueldo en aguardiente, cerveza o ambos, un varón aporta un gasto a la casa, el cual por lo general no excede los \$350.00, si trabaja en la zafra como parte de una cuadrilla o como obrero:

*"...lo más que me daba eran 350 {a la semana}, pero él nunca me daba más dinero, que yo digamos, que me diera que 400 o que 450, no, él siempre me daba alrededor... era más fácil que me diera menos a que me diera más... 250, 200... una vez me dio \$50.00... así viví mi vida..."*

El gasto que aporta es limitado y por tanto no alcanza, provocando desacuerdos por parte de la pareja:

*"...pues toman y se desentienden ellos... bueno, yo ya pase eso...", "...por ejemplo, como el mío, que todos los días venia tomado; no saben si tienen hijos, no saben si tienen mujer, no saben de nada...", "...no, y me desatendía a mis hijos, me llevaba de comer, pero medido y no..."*

Otro motivo constante de pelea en la pareja, muchos casos, es el hecho de que él tenga relaciones sentimentales y sexuales fuera del hogar:

*"...yo he sido muy grosera, por que no me dejaba... ese le encantaban las viejas, tenía enfermedad de mujeres, le gustaban mucho las mujeres cuando andaba chamaqueando y se echaba*

*una copita... al principio me dejaba, pero ya después ya no... no pues en' muina, me pegaba y yo también..."*

La mujer sabe de la existencia de las relaciones de su pareja, esto le causa sufrimiento, sin embargo no lo da a conocer a los demás:

*"...él andaba con otra y al niño no le daba él, a veces nos daba... cuando hubo estos problemas de él, yo andaba desesperada, ¡yo quería gritar!... pero nadie se enteró, ni mi mamá, sabía que teníamos problemas... pero no sabía qué era..."*

Incluso pueden llegar a manifestar que no les molesta que exista otra pareja, pero sí, que no cumplan con lo que les corresponde, como cubrir las necesidades de los hijos; sin embargo al recordar, al hablar de este tema es común que se corte la voz, baje el tono con el que habla, surja una lágrima o llore:

*"...como dice el dicho: 'andan de culo pronto', y an'cina no, yo grosera, yo aguanto, pero ya tanto aguantar, Díos dice: 'ayúdame que yo te ayudaré' y luego golpes, todo se le aguanto al hombre, pero menos por que me va estar pegando... yo ni era yo celosa por que andaba con otras mujeres, por que de por si le gustaban las mujeres, pero no pelea uno tanto por que anden de cabrestos, sino los hijos piden, los hijos tienen que calzar, tienen que vestir..."*

Para la mujer todo hombre es mujeriego:

*"cabresto" o "culo pronto"<sup>4</sup>*

Sin embargo, varía el grado:

*"...no, si hay muchos cabrestos, si hay unos que no son tan cabrestos, pero otros que si... pero este cabresto se pasó de listo..."*

Situaciones de este tipo son muy constantes en la pareja, llegando a formar parte del vivir día a día, lo cual puede conducir a buscar la satisfacción de las necesidades sexuales y emocionales con otra persona, pues resulta difícil el hecho de compartir intimidad con una persona con la cual se mantiene

---

<sup>4</sup> Los términos "cabresto" y "culo pronto" son utilizados por algunas mujeres de estas comunidades, para hacer referencia a los hombres infieles, el primer termino deriva de la cabra macho y el segundo hace referencia a la rapidez con que satisfacen sus necesidades sexuales los varones, con otra pareja.

una comunicación de forma violenta con reclamos, groserías, golpes y reproches.

Sin embargo, este hecho es más visible en los varones, debido a sus actividades fuera de casa, lo cual les permite tener una mayor interacción con otras mujeres, algunas dentro de la comunidad y otras fuera de ella, por ejemplo en Cuitlahuac, como es el caso de las cantineras:

*“...aquí hay mucha cantinera, trabajan en cantinas... son muy encimosas y a quién le dan pan que llore, él es hombre, ella es mujer, ellos rápido se basan a eso...”*

Acudir a lugares en donde se encuentran estas mujeres, son comunes para esta población:

*“...hay un bar aquí que se llama La Cabaña, en San Ángel, del otro lado de la barda... sino, se van ellos a las cantinas de Cuitlahuac... cada media cuadra hay cantinas, tres juntas y a la vuelta hay dos, hay una que está hasta abajo, esa es la mera, mera, esa se llama El Bongo, ahí hay más viejas... no tanto son viejas, por que al final yo hasta me rió de eso, le digo: ‘son hasta putos’... por que hay unos que se operan...”*

Otra manera de tener una pareja fuera del hogar, es dentro de la comunidad, hay varones casados, que sostienen relaciones amorosas con mujeres casadas, esto es, tener a:

*“la pegada<sup>5</sup>” o un “quelite<sup>6</sup>”*

Esta condición provoca tener hijos con diferentes parejas, hijos que no siempre son reconocidos con un apellido paterno, pero que en la mayoría de los casos es de dominio público de quien es hijo y de quien es hermano, incluso entre padres e hijos conocen su parentesco, sin llegar a relacionarse.

*“Pues, ella {suegra} me contó que... él tiene otro hijo, mi suegro tiene otro hijo, pero no lo reconoció, él no lo reconoció, ni el hijo a él”.*

Es común que durante su infancia, los hijos sepan quienes son sus hermanos o hermanas, producto de la relación del padre con otra pareja, sin

<sup>5 6</sup> Los términos “quelite” y “la pegada” hacen referencia a la pareja del varón que está fuera de su hogar, sin embargo, el término pegada también es usado como sinónimo de novio o novia.

que por esto tengan una interacción entre ellos, en cambio, al crecer pueden llegar a tener una relación estrecha o al menos convivir como vecinos.

Es así, como las vicisitudes cotidianas de una mujer mataclareña y manantialeña transcurren entre alcohol, violencia y precariedad económica.

### **“YA ME HABÍA CANSADO”: UNA DESICIÓN DE LA MUJER MATACLARENCE Y MANANTIALEÑA**

La forma de comunicación que se ha dado por años en la pareja y que ha consistido en constantes peleas, lleva a ésta a separarse por períodos variables de tiempo, estos pueden ser cortos de días a unos cuantos meses, largos de meses a años o de manera definitiva.

Tanto los períodos de separación cortos como los largos ocurren en cualquier momento, sobre todo cuando los hijos son aun pequeños, se pueden dar por que el hombre sale a trabajar fuera de la comunidad, pero dentro del país. También se presentan constantemente después de una fuerte pelea en donde ambas partes se han visto afectadas:

*“...ya veníamos por la calle de acá, de Mata Clara {ella y su hija}, cuando el ya iba bien mandado atravesando la calle, pero bien mandado, pues ya iba bien enojado a traernos; esa vez hicimos un teatro, dijera aquel, por que en la calle me quiso jalar los cabellos y me quiso pegar y no me dejó, yo que lo agarro y que me agarro con él, allá en la calle, como estaba tomado pues lo tire y luego que me le trepo arriba...”*

En estas riñas es común que intervengan familiares, vecinos o autoridades para finalizar la pelea:

*“...yo estaba montada y ya no me pego, enton's venía otro chamaco conmigo y ya se fue a hablarle a mis hijos... y ya, se fueron mis hijos ayudarme ya con él y eso. Y ya después, llegamos a la casa, quería pegarle a uno de mis hijos, pues no dejamos que le pegara, nos metimos todos, que no le pegara, y luego, según este que quería una hacha para darle a mi'jo con una hacha, si pues del pedo que estaba, enton's yo le dije: 'aquí no le vas a pegar a nadie' le digo, 'y el gusto que me queda, que ya viene la policía, te van a llevar a la cárcel, por que ya viene'. Y cuando le dije así, dice: 'a mí la policía me va agarrar una madre, yo ahorita me voy'...”*

Por lo general es el varón quien se va a casa de algún familiar o a trabajar fuera de la comunidad, en este caso, la mujer sabe en pocas ocasiones en donde se encuentra su pareja, generalmente se entera por algún conocido o cuando regresa nuevamente su pareja:

*“... que jala su morral y se fue pa’lla, pa’ Polvorón donde está su mamá, se fue... demoró año tres meses fuera de la casa, no venía... se fue pa’ Sinaloa...”.*

Las separaciones cortas y largas que se presentan entre la pareja, contribuyen, la mayoría de la veces, a generar más peleas, pero además estas provocan que se pierda la poca comunicación que existía en la pareja, ya que las discusiones que en un principio permitían a la mujer conocer actividades, amistades, dónde y con quién se encontraba su pareja, para este periodo son las que ocasionarán la separación, puesto que se vuelven más constantes.

Las disputas entre ellos, además de presentarse con más frecuencia, también manifiestan más violencia, principalmente por parte de la mujer; el trabajo, las altas temperaturas y sobre todo el alcohol, han contribuido notablemente en el desgaste físico del hombre, quien ya no presenta la misma fuerza, más bien comienza a tener dolores frecuentes en piernas, brazos, vista, estómago, etc., lo cual permite a la mujer tener una ventaja considerable en los altercados:

*“...viene borracho, me quiere pegar, lo que sea y aquí van a pasar hasta mis hijos, por que mis hijos, claro que me defendían, no querían que él me pegará, ni nada, ellos se metían... una vez aquí... me quiso pegar y con la escoba... que me avienta que según me iba a pegar y que le agarro la escoba, luego decía:*

*– ¡Suéltame la escoba hija... de no se qué!*

*– Pues no la voy a soltar.*

*– ¡Que me la sueltes!*

*– Pues no te la suelto.*

*Y enton’s, ya veníamos, por ay, on’ta el pozo, ay pa’llá tantito, en una de esas que me empuja, yo que lo empujo, que le tuerzo así el palo {simula que toma el palo de la escoba}, no’más que le doy media vuelta y que lo tiro boca abajo también y que agarro y que me le pesco encima...”.*

Esta forma de vivir, tanto las separaciones como las persistentes peleas llevan a tomar una decisión, continuar con su pareja o separarse de ella, las formas de separación pueden ser por abandono del hogar, ya sea por el hombre o la mujer, en la mayoría de los casos, el hombre deja su hogar para

formar una nueva familia. En el caso de las mujeres acuden con algún familiar, padres o hermanos, sólo en ocasiones vuelven a formar una nueva familia.

Una segunda forma de separación es un acuerdo mutuo, en donde el varón se va a trabajar a Estados Unidos, por tanto hay una separación de periodo largo, que a veces es definitiva, cuando su pareja no regresa. En ocasiones ella lo alcanza, dejando a los hijos con alguna de las abuelas.

La tercera forma de separación es la definitiva, en donde la pareja tiene la desavenencia más grande en la historia de su unión. Ocurre precisamente cuando la mujer siente cansancio de tanta violencia y se desahoga por medio de una áspera pelea:

*“...hubo una vez que, soy bien grosera, lo apantallé, que agarro el cuchillo y no me sigue dañando... ya murió... nos dejamos... quede viuda después de 35 años... tiene como 2 o 3 años que murió, pero con otra mujer... pues nos dejamos, nos dimos unos trancazos limpios, cada quien pa’ su casa...”.*

En esta pelea se requiere necesariamente de la participación de terceros que detengan la riña, puesto que la intención de la mujer es incluso causar la muerte de su pareja, empero no lo hace, principalmente por la presencia de sus hijos que le impiden dicha acción. Los sentimientos que sintió durante la pelea son tan profundos que después de varios años aun los revive con dolor:

*“...yo me agarraba yo con él, borracho, a palabras a como fuera... a tumbarlo {risas}<sup>7</sup>... de hecho, una vez... no teníamos leña, también, como siempre, y enton's yo estaba desbaratando una caja de madera con un martillo para hacer la lumbre, y estaba llegando él borracho, empezó, que no que quién sabe qué, 'que vieja de tal por cual' y yo empezaba a dar vuelta alrededor de la casa, y va tras de mí, ay va tras de mí, como a la de cuatro vueltas me encendí, me dio la muina {comienza a elevar la voz}<sup>8</sup>... '¡Con una chingada ya estuvo bueno, ya tu pendeja no voy a ser 'horita!' Traía yo un martillo y que agarro el martillo, {enfatisa con enojo al recordar ese momento}<sup>9</sup>, yo pensaba darle como los marranos en la frente na'más... que agarro el martillo, con la irá que llevaba yo, iba yo así con el martillo {levanta la mano como si quisiera soltar un golpe}<sup>10</sup>, cuando me cae encima mi'jo {disminuye la voz}<sup>11</sup>... por detrás, y*

<sup>7 8 9 10 11</sup> Cambios emocionales que muestra la participante durante el relato, los cuales muestran los sentimientos que aún le causan estos sucesos, los considera presente, aunque sean del pasado.

*que chispa el martillo, dice: 'mamá ¿que está uste' loca?, que no ve que lo va a matar', me dijo mi'ja también 'lo va uste' a matar, si le pega lo mata'...".*

Esta pelea es guiada por la ira y el enojo reprimido por años:

*"...pero, como le diré, es una muina así con valor, no tiene miedo...", "No piensas", "...te sientes, o sea, yo siento que se siente en el cuerpo, en tu cabeza principal y tu corazón, no tiene miedo de enfrentarse a lo que sea, aquí me van agarrar y aquí una de las dos, me gana o le gano, me puede o le puedo, pero ya sin miedo, no, ya, ya, y hay veces que uno no lo hace por timidez por que ay no me va a pegar, por que ay no que quien sabe que. ¡No! ¡Es que llega un momento en que cansan!"*

Después de esta disputa, en ocasiones, la mujer busca asesoría legal, llegando a presentar demandas o cargos en contra del hombre, como una protección para ella, pero principalmente para sus hijos:

*"...yo había ido al ministerio a poner mi queja, enton's la licenciada me dijo que si yo no quería yo, ya no lo podía recibir en casa por que él había hecho un abandono de hogar... y si llegará a quedar en la casa, quedará como amigo, pero no como esposo, 'por que si antes usted le pedía permiso para salir alguna parte o hacer algo, pero de aquí pa' lante uste' ya no tiene que pedir permiso pa' nada...' antes le decíamos vamos a tal parte, o esto que el otro, pero como el se porto así..."*

En otros casos, busca apoyo en el registro civil, si se requiere:

*"...ya tenía al niño, el chiquito, ni conoció casi a mi'jo, lo vino a conocer ya que mi'jo tenía como 7 años y él no le dice papá, no lo conoció... lo vino a conocer en el juzgado, por que yo lo demandé, por que no me había registrado a mis hijos, tenía yo las dos grandes y al chiquito sin registrar, estaban registrados por que yo los registre a nombre mío, na'mas... eran mis hijos míos..."*

En ocasiones estas medidas, se toman por considerar que el varón ha tenido alguna conducta indebida o dañina para los hijos, después de la separación:

*"...pero como el andaba de chismoso que el me daba mantención para mis hijos y era mentira, entonces dije 'vas a ver, vas a ver, burra pero no mensa, te voy a meter un sustito' que lo demando {baja la voz, pero se pone seria}<sup>12</sup> ya mi'ja, tenía como 18 años... la otra que le seguía ya iba a la secundaria..."*

<sup>12</sup> Ibid.

Existen ocasiones en donde a pesar de una pelea fuerte en donde incluso intervino la autoridad, el varón regresa al hogar:

*“...yo me quede aquí, yo trabajaba para mantener a mis dos chamacos... yo trabajaba para ellos, para alimentarlos y vestirlos, ya despues cuando el quiso regresar, de hecho yo ya no lo quería admitir aquí... yo ya no lo iba a recibir...”.*

Generalmente, en estos casos, el regreso del hombre es por la intervención de los hijos, pero esto implica que él ha perdido ciertos derechos que poseía antes de dicha pelea:

*“...pero entonces mis hijos, ‘no amá’, uno de mis hijos me dice: ‘¿Mi apá donde va andar rodando?, mi apá que se quede en la casa, que necesidad tiene de andar por ay rodando, ay que se esté’. Enton’s yo dije que sí, ‘ay que se este, se va a quedar, si el quiere se va a quedar, pero yo así como antes ya no, y él respeto lo va a tener por ustedes, pero por él, ¡no!’ Y ya de hecho él se quedó”.*

Al salir él de casa, la mujer se responsabiliza de la manutención de ésta, de ella misma y de los hijos si aún viven con ella, para este período la mayoría de los hijos ha comenzado a formar su propia familia, sólo queda uno o dos hijos que requieren manutención:

*“Un día, se quiso poner para no dejarme salir a trabajar y eso y a mí me dio muina, le digo: ‘¿de qué te pones?, si antes tú no sabes si de puta mantuve a mis hijos, por que tú no dabas nada’...”.*

Es común que en este momento el hombre, además del desgaste físico, también presente los síntomas de la diabetes: cansancio, vista borrosa, mucha sed, hambre, etc.

*“Pus ya de ay, se ha venido, caminaba, después de buenas a primeras, pus como que se empezaba acalambrear, le agarraban los calambres y le dolían mucho las piernas, y le dolían las piernas de aquí pa’ bajo {rodillas hacia abajo}, no aguantaba...”.*

Todo ello pone al hombre en condiciones de recibir atención y cuidados médicos; al diagnosticársele esta enfermedad al varón, su pareja, por lo general, se convertirá en cuidadora.

Cabe aclarar que pueden existir otras enfermedades además de la diabetes, como la hipertensión o el cáncer, de la misma forma también la mujer puede ser quien la tenga, sin embargo, si la mujer es la diagnosticada con diabetes no presenta grandes cambios en su vida cotidiana, ya que a menos que se sienta mal, continuará realizando sus labores diarias, pero si el malestar impide levantarse, sus quehaceres no se harán, a menos que viva con alguna pariente que los realice.

Ésta es una manera frecuente en como aparece la diabetes en la mujer mataclareña y manantialeña: cuando al llegar el cansancio de la violencia que ha vivido hasta el momento, toma la decisión de cuidar a su pareja, a si misma y a su familia.

### **“DE ALGO ME TENGO QUE MORIR”: EL PADECIMIENTO DE LA DIABETES EN UNA MUJER DE MATA CLARA Y EL MANANTIAL**

Las decisiones tomadas han traído cambios en la pareja, en la constitución familiar, las actividades, las conductas y las responsabilidades de la mujer, algunas cambian si ya no continua con la pareja, por ejemplo: la manutención de los hijos, no pedir permiso o avisar para ir a algún lado, tener un trabajo fijo, incluso irse a Estados Unidos; las responsabilidades aumentan al hacerse totalmente responsable del hogar, en cambio hay actividades como el quehacer y la administración de la casa que continúan igual.

Al separarse de la pareja y adquirir nuevas obligaciones, la vida continua para la mujer, a pesar del dolor que le cause la separación, su prioridad son los hijos y la casa, salir adelante tanto ella como su familia es la motivación que tiene para continuar con sus nuevas y antiguas actividades.

Sin embargo, esta condición la puede llevar a descuidar su propia persona: tener malestares como presión alta, cansancio, vista borrosa, temblor en miembros inferiores y superiores, entre otros, los cuales la llevan al diagnóstico de una enfermedad como la diabetes, que ya se había estado desarrollando por un tiempo considerable.

La diabetes es un factor importante en la vida de la mujer mataclareña y manantialeña en este período, ya que se convierte en un agente cotidiano, si

esta enfermedad se encuentra controlada le permite llevar acabo sus funciones dentro y fuera del hogar o por el contrario, puede cambiar notablemente sus actividades, impidiendo que las realice:

*“...‘hora ya ni me dejan hacer tortillas, porque pu’s de plano ya casi ni veo bien... me ha fallado la vista veo ansina oscuro y cuando hace sol... el mismo sol me lastima la vista”.*

Cuando la diabetes no está controlada, lleva a la mujer a evitar realizar sus labores cotidianas:

*“...yo también me retiraba, sentía el cansancio de estar parada ahí {cocinando}, yo me cansaba... hasta pa’ pararme de la cama... no pues, yo tenía que meter las dos manos para detenerme y enderezarme por que hasta eso me cansaba...”*

Los malestares de la diabetes se presentan en diferentes partes del cuerpo:

*“...da de vueltas la cabeza... cuando me agacho o hago fuerzas, cargo cosas pesadas, es cuando siento... fui a caminar esta cuadra y nomás la otra y llegue cansada... siento feo de aquí adentro, ¿no?, desde que estoy enferma eso siento... de que me enfermé, yo me imagino que debe ser de eso, debilidad, pero nomás cuando camino, alzo algo o me estoy bañando, me agacho a lavarme los pies, me agarra como una agitación y siento aquí feo {pecho}”.*

También la vista es afectada:

*“ ...tengo una polilla aquí en el ojo... yo siento aquí, como que me lastiman dentro, me duelen a veces las bolas de los ojos, las dos... este ojo {derecho}, me da unas comezones, que digan que tengo, que tengo como un gusanito dentro, y ese gusanito me pica y me pica a mí, me rasco y me rasco, hasta me regañó mi’ja, dice: ‘no se rasque así, por que uste’ misma se va a lastimar el ojo’.*

Los malestares, además de evitar la realización de las actividades cotidianas, provocan un sentimiento de frustración al no poder realizar las cosas como se está acostumbrada:

*“Hay veces que le digo a mi hermana, ya nomás les hablo a las personas por que me dicen: ‘adiós’, le digo:  
– Adiós muchachas.  
– ¿Quién es?  
– No se, no la conocí, nomás por la voz...”*

*Me da hasta pena por que no les veo su cara y hay momentos en que si les veo su cara, ahorita me ha fallado... de ahora que me enferme de la vista”.*

Por otro lado, cuando la decisión tomada es la de continuar a lado de la pareja y aún siendo ella diabética, sus actividades continúan sin mayor cambio. En la mayoría de estos casos, las peleas continúan, así como las relaciones sentimentales y sexuales fuera de la pareja, por parte del varón, puesto que las complicaciones de la diabetes al provocar disfunción sexual lo llevan a buscar esta satisfacción con más frecuencia fuera de la pareja.

La poca comunicación que ya existe en la pareja, aumenta los problemas y el cuerpo se deteriora con mayor rapidez, aun así las responsabilidades de la mujer continúan: si el dinero no alcanza, sale a buscarlo, administra el hogar y hace el quehacer, siempre y cuando su enfermedad se lo permita, todo ello continuará hasta el fallecimiento de la mujer, la separación de la pareja o la adquisición de ésta u otra enfermedad por el varón.

En algunos casos, la mujer cuenta con el apoyo familiar, para la realización del quehacer de la casa, principalmente por alguna hija, en otros, sólo depende de ella que la casa siga a flote:

*“...yo traía el colesterol, 750 de colesterol, 500 de azúcar, enton’s me iban a internar en la clínica de Potrero, enton’s yo le dije a la doctora:*

- Yo no me puedo internar por que yo soy la única que hago todo mi quehacer y siempre el quehacer.*
- No señora es que usted, le va dar un, un infa... una embolia, un infarto, un algo.*
- No, me voy pa’ mi casa doctora, en 8 días me la bajo.*
- Señora fírmeme uste’ aquí, me va uste’ a firmar que se va por su propia voluntad.*
- Sí. Yo le firmé.*

Si los malestares de la diabetes le impiden a la mujer realizar las actividades, estas no se harán hasta que se sienta apta para realizarlos, lo cual no implica que se sienta bien, sólo en condiciones de hacerlo:

*“...iba yo subiendo una subidita chiquita y me atarante como si hubiera yo estado borracha, como que había yo tomado y por un pelito me caigo... no’más dije: ‘señor me vayas a tumbar’, pero en ese momento yo sentía que iba hacia el aire y así anduve, así anduve quince días...”*

Por ello busca la manera de restablecerse lo antes posible, optando por el método de control de la diabetes que funcione rápido, buscando ayuda externa, aunque no siempre médica:

*“...Sabes que mi’ja, llévame con esa señora, que me limpie, por que yo me siento mal, camino y me siento mareada, las lagrimas me llegan hasta acá del ojo {parpado derecho}’. Y si me compuse, yo sentí que me hizo bastante la limpieza que me dio la señora, ella, la señora me dice: ‘Uste’ lo que tiene que agarro un juerte aire, por eso se siente uste’ así mareada’.”*

Sin embargo, también puede utilizar métodos caseros, el propósito es sentirse mejor, para continuar con sus labores:

*“...Llego a la casa y este, que me pongo el té de cun de amor y que me pelo unas 3 naranjas y las exprimo, que me pico 2, 3, 2 jitomates y los pongo a licuar y me dieron ganas de ir al baño, que me llevo mi vaso, orine un poquito y lo demás lo junte en el vaso, me lo tomé... orines míos, me los tomé... en la noche, otra vez, otro vaso con unas gotas de limón, pero no limón injerto, limón criollo, chiquito, que le exprimo un limón y que va pa’ dentro y ya que me hago mi licuado de naranja, de jitomate y tenía yo unas manzanas, que les hecho un pedazo de manzana, todo va pa’ dentro, luego, luego comencé a sentir que me fui controlando, este, al otro día igual... no tenía yo ni 8 días fui a la consulta y se fue la doctora hasta pa’ tras, por que de 750 tenía yo 280 de colesterol... y de azúcar tenía yo 180...”*

Por otro lado y al igual que en el caso de la mujer, en el hombre se han presentado los síntomas de la diabetes con años de anterioridad al diagnóstico, pero es hasta este período cuando se hacen presentes las complicaciones, que requieren de cuidados médicos especiales para el enfermo:

*“...no, si él deliraba y hablaba así cosas, así como que no era él y yo le desconocía la voz... él ya decía que ya se iba y que andaba con quién sabe quien... andaba platicando con los difuntos por allá y me había espantado refeó, pero pues yo me hacía fuerte...”*

La mejor persona para cuidarlo es una mujer, generalmente su pareja; en estos casos la mujer permanece al lado de él, para atenderlo, además de hacerse cargo de la manutención de la casa, de los hijos si aún viven con ellos y de los gastos médicos, por la enfermedad:

*“...en ese momento que le hablo al doctor que lo estaba atendiendo, y no, no pudo venir él... y que le hablo a otro doctor,*

*uno de Yanga y me dijo: ‘Sí, ahoritita voy, ahorita llego...’ dice: ‘Si no me llaman este señor se muere’.*”

Al recaer en ella todos los gastos de la casa, sale a trabajar, para solventar los egresos que se tienen, tanto para el hogar, como para los gastos médicos, en estos casos, el varón ya no puede trabajar, incluso permanecer de pie debido a las complicaciones de la enfermedad:

*“Aquí la cadera, aquí en esto, en el huesito de aquí de este, donde están estos {parte baja de la columna vertebral}, no lo dejaba estar sentado, el dolor este, lo mataba, enton’s no podía estar sentado. Y este, las piernas, de aquí pa’ca {hacia abajo}”.*

La mujer trata de darle la mejor atención posible, dentro de sus posibilidades, ayudándolo, evitando que se mueva, comprándole medicamentos, para ello en ocasiones recibe ayuda de familiares o vecinos, principalmente de sus hijos:

*“...él tenía que caminar, pero, si él no podía, yo lo hacía levantar, yo lo levantaba, pero con la misma otra vez, ay, ay... le compre un frasco de centrum, de, para mayores de cincuenta años, y ¿cómo cree?, que yo sentí que con el centrum se levantó, con el centrum se levantó... y un vino que le compré de, del indio que le nombran, es botánico...”.*

Sin embargo, el estilo de vida que tenía la pareja en el pasado ha dejado estragos para este momento, los recuerdo reprimidos de la violencia, las carencias y la forma de comunicación, no se han olvidado y es constante que el recuerdo aflore, como si aún fueran presente, ya no sólo por la pareja, sino por los mismos familiares cercanos:

*“...ahorita que está enfermo le exige las cosas {suegro}, que él:*

*– Yo quiero pan tostado*

*– No hay dinero.*

*Yo si me molesté con él, ¿qué día? y le dije: ‘póngase a fijar que cuando estaba ella, siempre andaba sola... y horita va a cortar limón, la va a seguir, se va a una fiesta ayudar, la va a seguir, cuando estaba usted, estaba bueno no la seguía ahorita que ya esta enfermo y ella esta buena, ay quiere andar como el perrito, hora quédese uste’ sentado, por que le hace mal caminar’, pero no, ay anda tras de ella...”.*

La mujer recuerda constantemente, la manera como vivió con su pareja por años, este recuerdo provoca que el cuidado a su pareja, sea por una obligación que siente hacia él y un requerimiento que debe cumplir como mujer.

Es constante que la mujer haga comentarios hacía su pareja, si bien no con intención de herirlo, inconscientemente causan dolor, menosprecio y reclamos, reviviendo el pasado con violencia física, para ubicarlo en un presente de violencia simbólica:

*“...otra vez a sentarlo o acostarlo por que él no podía, comía acostado; él comía acostado... ‘hora si que con perdón, mi viejo como los marranos, echado, le digo, por que ahí de lado ahí comía, ahí bebía... ..”.*

*“...bien mal que se sentía, aja, ya enton’s le digo: ‘ya viste viejo, ya vez por no hacer esto’, le digo”.*

Trabajar, administrar una casa, hacer quehacer, atender a un enfermo, ir al Centro de Salud, se vuelve una situación estresante para la mujer cuidadora, trayéndole como consecuencias malestares físicos, que serán atendidos, después de realizar las actividades cotidianas, siempre y cuando haya recursos económicos y tiempo. Entre los malestares frecuentes, está el dolor de espalda:

*“Cuando me voy a cortar limones, hay veces que me duele la espalda, ay, con ganas de hacer nada, me siento bien mal... cuando corto limón es cuando más me duele la espalda... pues eso que no paro en todo el día, por decir así, hago cosas para vender, llego y hay veces que me quiero poner a lavar... o qué se yo, pues ya con eso, me duele la espalda, tanto que no para uno de andar”.*

Las piernas también duelen:

*“...principalmente ésta {derecha}, ¡ah su!, y luego por las varices que tengo, esta rodilla todo la vida me ha molestado, se me hincha, ahorita no la tengo hinchada, la tengo más o menos, pero hay veces que hasta se me hace una zanjota... por el tiempo... la circulación... y luego uno no toma nada, ni vitaminas, ni nada, no’más esta como animalito, ay a la voluntad de Dios, no toma medicina”.*

Para que una mujer de estas comunidades padezca diabetes, no requiere tener la enfermedad, basta con saber que un familiar cercano la tiene, pues entre las actividades, funciones y obligaciones que le corresponden, está

el de cuidadora, si no cuenta con apoyo económico por algún otro familiar, queda como responsable de la calidad de vida del enfermo, sea o no ella diabética:

*“Por que ese, es un sufrir que tengo ahorita con él... él sufre en estar ay enfermo y estar botado y todo, pero, ¿quién sufre todo?, ¿no yo?, que ay que ver cómo le hago, que buscarle, que para las tortillas, que búscale para tú medicamento, que ya que pido prestado aquí, ya que pido prestado allá, ay de todos modos tengo que ver como le hago para pagar ese dinero”.*

Es así como, para una mujer mataclarence y manantialeña la diabetes significa frustración, tristeza, sufrimiento, miedo, resistencia y resignación, ya que:

*“...de algo me tengo que morir...”.*

## **PRESCRIPCIÓN MÉDICA, TRATAMIENTO UTÓPICO EN MATA CLARA Y EL MANANTIAL**

Para vivir con una enfermedad crónico-degenerativa, como la diabetes, se requiere de una serie de cuidados, por lo general dados por el médico; básicamente: llevar una dieta balanceada, hacer ejercicio y tomar puntualmente el medicamento. Sin embargo, para la mujer de estas comunidades, cumplir con estos dictámenes médicos es muy complicado, por sus labores, economía, creencias, entre otros factores.

Para una mujer enferma, seguir el tratamiento médico de la diabetes es difícil y en ocasiones imposible, puesto que primero debe cumplir con sus responsabilidades y obligaciones cotidianas, de lo contrario las preocupaciones, por no desempeñarse como mujer, la llevan a un mal control de su enfermedad:

*“...me decía el doctor que me cuide, ¿de qué manera?, solamente que haga un hoyo en la tierra y ahí pus ya no veo nada, pues si hago un hoyo en la tierra y me la paso todo el día ausente...”.*

Un factor de suma importancia que se presenta en gran parte de la congregación y el ejido es el bajo ingreso económico con el que cuenta cada familia, no contar con el dinero suficiente para una buena alimentación

aumenta la prevalencia de una mala nutrición, provocando obesidad y a la larga diabetes:

*“...uno, no puede, este, llevar una dieta, por decir vas a un doctor... lo primero que me dice el doctor es que baje yo de peso, ¿no?, y bajar de peso, ¿cuál sería mi problema?, luego me dice: ‘pa’ que uste’ baje de peso, no tiene que comer uste’ tortilla, no tiene que comer uste’ sopa, no tiene que comer uste’ arroz y cosas así, na’mas todo con cuchara... picar una ensalada de lechuguita con su jitomatito y quien sa’ que me empieza a decir, con cuchara y comprarse unas naranjitas y cuando usted sienta mucha hambre y por ejemplo como no come tortilla, comerse una naranja, con el... el gabazo, ¿no?... pero, ¿de a dónde madre?, ¿de donde vas agarrar? ¡No, no puedes! No agarras nada...”*

Llevar una buena alimentación es indispensable, tanto para la prevención como para el control de la diabetes, desafortunadamente para la mujer de estos grupos y aunque sepa que debe hacerlo, le es imposible llevarla a cabo:

*“...alimentarse bien, sería en primer lugar no pasarte de tus alimentos, aunque sea pobremente, pero que comas a tu hora... uno no se alimenta como debe de ser... ‘hora si un vasito de leche, pienso yo ¿no? Y que pues algunas frutas, verduras o tu sopa, pero uno, toda esa alimentación no la lleva...”*

Tiene dificultad para consumir los alimentos básicos, como verduras y lácteos, por su economía:

*“...la verdura no la comemos... por que no se puede económicamente, de que la hay, si la hay... no tienes para comprarla, por decir así... un vaso de leche, pero si no tengo yo para comprarme una caja de leche o pasa el lechero y no tengo para comprarme un litro de leche, pues no me la tomo, sí la hay, como dijera aquel, tanto natural como de caja, si hay las cosas, únicamente que uno no tienen para alimentarse”*

Al no tener los medios para llevar una dieta equilibrada, se recurre a los alimentos que se tengan a la mano o que se puedan conseguir por su bajo costo, lo importante es tener energía suficiente para realizar sus actividades habituales:

*“...como aquí nosotros, desde que empezaron a trabajar los chamacos, mi apá nos decía: ‘Hay que tomar café con pan o con galletas, con lo que sea’, el chiste, que uno madrugaba para calentar el cafecito, si no hay leche, calienta uno el café, toma uno su café con pan o con galletas, ya no el cuerpo vacío”*

Otro punto a considerar en la consulta médica, es la implicación de utilizar dinero que bien podría usar para otras cosas, como alimentos, ropa o calzado; en cambio cuando llega a acudir al Seguro Social o Centro de salud, es por que el malestar que la aqueja a ella o algún familiar, ha sobrepasado los umbrales del dolor y por tanto se requiere de una atención médica.

Esto puede causar en ocasiones desavenencias con el personal médico, puesto que la mujer acude con éste para conseguir un analgésico o antibiótico que controle el dolor, sin importar que se remedie o no la enfermedad que tiene, solamente busca calmar el dolor para continuar con sus actividades; además, con frecuencia, las contestaciones del personal de la salud son bruscas o toscas, impidiendo una mejor atención al padecimiento por ambas partes:

*“...la otra vez fui, me dolía harto este pie {derecho}... me dolía de que había yo falseado... le digo al doctor ‘me duelen harto’, el doctor me contestó ‘también imagínese lo que andan cargando’... que a según uno esta muy pesado y los pies los tiene uno chiquitos, a según por eso, por el peso y no era cierto, yo sabía que no me dolían por el peso, yo sabía que me dolían por que había falseado, na’mas que yo le dije así por que yo quería que me diera pastillas pa’ el dolor, a veces la que más dan es el naproxen y aquí lo acostumbramos mucho, si te duele el cuerpo, o si te duele la cabeza, qué se yo, toma uno naproxen y se le quita... “.*

Es constante que la mujer prefiera no acudir al médico, ya que de antemano sabe lo que éste le va a pedir y que ella no podrá cumplir:

*“Me dieron una chingada hojota así {tamaño oficio}, pero de toda esa lista que me pusieron que podía comer, lo único que más pronto podría conseguir aquí, eran los huevos; me pusieron que dos huevos hervidos, na’más... pero, ya de ay lo demás... ¡por ay está la chingada hoja arrumbada!...”.*

El personal de salud, procura enseñarla e indicarle las acciones para cuidarse, así como los alimentos que deben consumir, alimentos que ella no puede conseguir:

*“...venía, por ejemplo en la mañana tomarme una taza de leche, una ración de puré... una ración de carne molida... puras raciones... una ración de queso, este, ¿cómo se llama?, panela, algo así, donde voy andar agarrando yo algo así, ¡queso panela!, ¿dónde voy andar agarrando una ración de carne a diario? No, pu’s no, la verda’ no tengo pa’ comprar seguido eso”.*

Estos alimentos, generalmente están fuera de su alcance, principalmente por su economía, en otras ni siquiera los conoce:

*“...y que una rebanadita de pan tostado, y este, media tortilla, ¡media nomás venía!, no’más así, ¿dónde voy agarrar? ¡No, no puedo! Ni lo intento... en primer lugar ni lo conozco, ¡no se ni cual es el queso panela!... y la ración de la leche, ¡es descremada!, ¿dónde la agarro yo aquí?, ¿dónde chingados voy agarrar la leche descremada?... ¡No se puede! ¡De verdad no se puede!*”

Ella reconoce que su estado de salud se ve afectado por la alimentación que lleva:

*“... en primer lugar, no como las tres veces al día, en segundo lugar, luego las preocupaciones... yo a veces sin tomar bebida, hasta la una o las dos de la tarde que nos poníamos a comer así un poquito, esa era la comida de todo el día, no comíamos, cenábamos...”*

Pero sobre todo, su estado de salud es deteriorado por sus constantes preocupaciones:

*‘hora mira... a veces que uno, no lo engorda la comida, ¡en verdad!... las preocupaciones te engordan mucho me... de mi marido enfermo y las vueltas, que córrele, que la medicina, que esto, que el otro y yo luego con ese pendiente, de: “hay Dios mío, ¿qué puedo hacer?, todo esto, que el otro, pensando que mi viejo no me habla... esas son puras preocupaciones... y siempre dices: ‘a la mejor como no he comido, me bajo’, ¡que va!, no enflacas, ¡engordas, engordas!...”*

Acudir a una curandera o “señora que cura con hierbas”, además de ser más económico, proporciona una atención más cercana hacia la persona enferma que la otorgada por el Centro de Salud:

*“...esto de aquí me dolía {estómago}, pero me dijo el doctor que estaba yo muy inflamada, de la misma azúcar, y sí, él me ha dado medicina para desinflamar y la señora que voy a ir a ver ahora, también me da, pero tomada, para desinflamarme adentro... es curandera de hierbas... yo siento que si me están haciendo los teses que ella me da, y sí, es cierto, por que yo estaba hinchada toda pareja... luego me tienta todo ella, da limpia y da medicina... según como me encuentre adentro me da medicina o tomas que hace ella... una toma es un te... dos cucharaditas después de comer... allá lo prepara ella... yo me he sentido bien... el médico me dice que lo que tenía yo aquí era mucha inflamación, y estaba yo hinchada pareja y así me dijo la señora también...”*

En cambio, cualquiera de las opciones que se tome, es con el propósito de controlar la enfermedad y que le permita continuar con sus labores cotidianas:

*“...pero, ya ahorita con esa vitamina... con esa medicina, como que estoy mirando que se me está limpiando...”*

Cuando el malestar aqueja mucho, toma medidas que generalmente no había llevado a cabo, como tratar de cuidar su alimentación, siempre que esté dentro de sus posibilidades:

*“...los pies, yo creo que es por la hinchazón... de que estoy tomando medicina ya no me canso, ya no me canso de la rodilla pa' bajo... pero, también la hinchazón, es de que no me cuido bien la comida... principalmente la sal y yo he comido frijoles y ya me dijeron que eso me hace daño... pues la carne de res, la de puerco, eso yo no como...”*

Sin embargo, cuando las complicaciones de una enfermedad como la diabetes obligan a cuidarse, y el dinero alcanza, trata de cumplir con las indicaciones médicas u optativas, aunque esto en un principio le cause extrañeza, disgusto, pero sobre todo tristeza, pues ahora sabe que su salud, en mayor porcentaje, depende del autocuidado que consiga:

*“... tortillas me dijeron que no comiera... yo me comía hasta ocho tortillas {Risas}<sup>13</sup>... pero entonces me dijeron que no, pues me puse triste, pus nomás me dijeron que tres...”*

Es común, que cuando controla su diabetes, no lo reconozca:

*“Pues horita no, no como mucho por que no me siento mal, me dieron muchas pastillas en el seguro, pero hay tan arrumbadas, pues no las he tomado... se me olvida, enton's cuando me las tomo, yo agarro y me las tomo hasta de a dos enteras, me tomo en la mañana dos, a medio día dos y en la noche dos, y cuando se me olvidan, se me olvidan, pero yo le como de todo, poquito...”*

La falta de reconocimiento, es por que su prioridad sigue siendo su casa y la familia:

*“...pero para caminar sí, pero para hacer como por ejemplo ahorita el poquito de quehacer que hago, lavar los trastes y eso*

---

<sup>13</sup> Ibid.

{baja la voz}<sup>14</sup>, *no me canso, me cansaba yo con ir de aquí al lavadero... me dolían los huesos, sentía yo como un desganso pero con dolencias, y 'horita que he estado en tratamiento ya se me ha quitado la dolencia de los pies...'.*

Las complicaciones de la diabetes pueden llegar a causarle frustración, tristeza y miedo al no poder realizar sus actividades, en cambio los cuidados de la familia continúan, por el tiempo que sea necesario, dándoles lo que ella considere mejor, aunque a la larga traiga consecuencias, como la aparición temprana de las complicaciones, por un mal control de la enfermedad:

*"...como se que es lo que me hace daño, no me la como... yo lo hago como obligación {comida}, por que como se que me hace daño no la como... al principio si, pero ya ahorita no... como ellos no están como yo de hinchados, pues ellos si comen"... carne de puerco o de res.*

Llevar el control de la diabetes es sumamente difícil, primero hay que repartir el gasto para cubrir las necesidades básicas de la familia, utilizar el poco dinero que se tiene en comida que llene, más no que nutra, volviendo al tratamiento médico en una utopía entre las mujeres pertenecientes a Mata Clara y El Manantial.

## **"SE SIENTE REFEO": CONCILIACIÓN DE LA MUJER MATACLARENCE Y MANANTIALEÑA CON LA VIDA Y LA DIABETES**

Ser una mujer diabética en Mata Clara y El Manantial, lleva a modificar actividades y funciones que se tenían antes de la enfermedad:

*"Ahora que estaba yo mala de la vista, que me sentía yo mareada, hacía yo mi quehacer, pero le decía yo: 'Ay mi'ja, dirás que no te ayudo a lavar... no pues... no hago tortillas'".*

De manera, las obligaciones sólo se pueden realizar cuando la diabetes lo permite:

*"...me ha fallado la vista, veo an'sina oscuro y cuando hace sol no veo, que me pega el sol así {en el rostro}, el mismo sol me lastima la vista, me pone más ciega, y cuando está así el día*

---

<sup>14</sup> Ibid.

{nublado}, más que sea empañado, pues yo veo, hago mi quehacer y veo como 'horita que ando acarreando leña, si veo, pu's tengo que tener cuidado...".

Las complicaciones se van desarrollando día con día, llegando a impedir en ocasiones totalmente la realización de los quehaceres, trabajo y demás actividades:

*"Teníamos alta costura, vendíamos, pero, ya este, 'hora ya se nos canso la vista, ya no podemos hacer nada {baja la voz}<sup>15</sup>, y luego mi'ja ya no nos deja hacer el quehacer {baja aún más la voz}<sup>16</sup>".*

La diabetes trae consigo también, aflicciones sobre como está actualmente o puede terminar en un futuro cercano:

*"...se me olvidaban mucho las cosas, a mí se me olvidaba hasta quien era yo, yo salía a la calle y ya no sabía para donde iba, tenía yo que cerrar los ojos y agarrarme de un poste, para ver adonde iba y ya cuando yo volvía, ya sabía yo 'onde iba, salía yo pa' fuera y se me quemaba la comida, yo sentía yo mucho miedo...".*

Una mujer diabética, aprende a convivir con su diabetes, si le es posible la controla, de lo contrario realiza sólo aquellas actividades que le permita su enfermedad:

*"Pero, nada más estuve bien como tres días, de lo mismo... por que me dio la misma cosa de la dolencia de la bola de los ojos, me dio como calentura...".*

En ocasiones la familia le ayuda con el quehacer y dinero para la manutención de la casa, en algunos casos, se le asigna a otra mujer el cuidado de la diabética, generalmente una hija, mientras los demás familiares: hijos, pareja y hermanos, se hacen cargo de los gastos médicos y del hogar:

*"Está duro, 'horita como tengo a mi'ja y mi'jo en Estados Unidos, pu's si nos mandan, pero se'mos muchos... y como a ella {hija} no la dejan los muchachos que trabaje, 'tu aquí quédate con tu amá'....".*

---

<sup>15 16</sup> Ibid.

Sin embargo, cuando no se cuenta con el apoyo familiar, la mujer realiza sus funciones y actividades, para mantenerse y controlar su enfermedad. La responsabilidad de su calidad de vida, es únicamente de ella:

*“...ya me estaba yo descontrolando, yo no voy a saber ni quien soy, pero no, gracias a Díos no...”*

Cuando la mujer es cuidadora de una persona diabética, el padecimiento continúa aun después del fallecimiento del enfermo, sobre todo si es su pareja, perder a la persona con la que se ha convivido por años, con la que se ha adoptado un estilo de vida, implica un nuevo cambio en la vida de la mujer:

*“...siempre que yo venía de cortar limón... ahí estaba en el filo de la casa, allá afuera, ay estaba, ay me esperaba siempre, ay estaba sentado en su silla de ruedas y estaba mirando si ya venía yo, ay me esperaba él... yo to’avía ando, así, ando allá y ya es tarde, como ahora... ya na’más ando con ese pendiente, como que fuera yo a llegar, o sea, como cuando lo dejaba yo...”*

Adaptarse a una nueva etapa en su vida, en donde hay que continuar sola, con apoyo familiar, pero en la mayoría de los casos, sin una pareja permanentemente, resulta difícil. Este proceso tiene un período indefinido y doloroso al principio:

*“...yo to’avía ando con ese pendiente... yo vengo como ‘horita y siento... traigo aquella cosa, como, que, como cuando estaba, o sea como si fuera yo a llegar y... yo lo fuera a ver aquí, y ya hasta molesto, por que luego se molestaba y así... yo todavía no me puedo, a pesar de todo, que, pues, en verdad como cualquier matrimonio...”*

Por otro lado, sí la pareja se separo por abandono, el proceso es parecido, también hay una etapa de adaptación a su nueva condición, haciéndose cargo del hogar, la familia y de ella misma:

*“Mi prima, su esposo tomaba, peleaban y no la dejaba salir... se fue con una cantinera... ella ahorita trabaja para mantener a sus hijos, los dos están grandes, ya crecieron...”*

A pesar del dolor, las actividades continúan, cuidando y manteniendo la casa, hasta llegar al momento en que los recuerdos dolorosos se vuelven evocaciones del pasado, en ocasiones tristes y en otras tantas gratificantes por lo que hizo y consiguió, sin una pareja:

*“...yo no le pedí nada... a mí me da gusto y yo les digo a mis hijos: ‘ustedes saben si me quieren respetar’, pero a mi me da gusto y me da tristeza {comienza a llorar}<sup>17</sup>... por que mis hijos no tenían ninguna necesidad de vivir sin el calor de su padre... desde chiquitos, pero gracias a Dios mis hijos salieron adelante, más que sea trabajando los que están por allá, pero salimos adelante, crecieron mis hijos con ayuda de toda mi familia...”.*

Hay ocasiones en donde sólo evoca el final de la relación, la muerte de su pareja y como salió adelante:

*“No, lo deje, pobre, ya se murió y no yo, mejor me hubiera muerto yo, el no tenía azúcar, se murió, yo que tengo estoy...”.*

*“...ya se acabo la semilla, por que ya murió... me siento bien... ya ni me acuerdo, si tuve marido, na’ más me acuerdo que tuve a mis hijos... ya tiene muchos años... todavía quedé enterona, pero ya no me busque otro... tengo a mis hijos...”.*

Sólo en ocasiones la mujer se une a otra pareja, en otros casos:

*“...pues como que ya sufrieron con un marido, ya que van a sufrir con otro...”.*

A partir de la separación de su pareja, la mujer se dedica a sacar adelante a los hijos que aún estén con ella, cuidar su hogar y tratar de controlar su enfermedad, aunque no se consigan comodidades, únicamente la satisfacción de haber cumplido como mujer:

*“Zapatos, no tengo, los únicos que tengo son estos, lo que pasa, es que por ejemplo ‘horita los ando trayendo cortando limón, ya después, que no vaya a cortar y eso y voy a salir... compra uno D’ Jhonson y le pones y eso, pa’ que se vea como nuevo, pero no son nuevos, son más viejos que nada...”.*

Hay repercusiones físicas y psicológicas:

*“...las más {manos}, todas talludas, todas feas... y ni modo, a trabajar...”.*

Un punto importante a considerar, es que, para que una mujer de Mata Clara y El Manantial pueda llevar a cabo a lo largo de su vida, todas las actividades y funciones que la hacen una mujer de estas comunidades, requiere desviar su foco de atención a actividades que le permitan distraerse y

---

<sup>17</sup>Ibid.

olvidarse por algunas horas de los miedos, sufrimientos y tristezas que la acompañan diariamente.

Por las tardes, después de terminar los quehaceres de la casa, la mujer puede reunirse con otras mujeres, para llevar a cabo cualquiera de las siguientes actividades, para desviar su atención: ver televisión, platicar con alguna vecina o familiar, acudir a alguna fiesta y jugar a “*la polaca*”<sup>18</sup>.

Ver la televisión es compartir un momento familiar, generalmente entre mujeres y niños, sólo en ocasiones participa el varón, en estos casos no es necesario entender el programa que se está viendo, sino la convivencia:

*“...yo ni le entiendo al fútbol, pero ay estoy echando relajo...”*

*“Cuando ya acabamos de lavar, estamos allá afuera, ya acabamos de hacer acá adentro, ya nos sentamos entonces a ver la tele... temprano, temprano no vemos ninguna tele, desde que nos levantamos a ver que cosa se va hacer, una va ser una cosa, otra, otra... nosotras ya que se va a llegar cuatro y media o las cinco ya nos sentamos...”*

Platicar con alguna vecina, es constante, sobre todo cuando realiza actividades en grupo, como preparar el lonche, ir a alguna junta o se encuentran en la calle, empero los temas de que habla, suelen ser superficiales, sin llegar a tocar los problemas que tiene en casa, ya que:

*“...no, sí yo le cuento, por decir a una vecina, lo que pasa, ella va y se la cuenta a otra, pero a su manera, ¿cómo te diré?, le agrega y esa se la cuenta a otra y se hace un chismerio... ya no es como yo lo dije...”*

Acudir a una fiesta facilita más la distracción, al bailar, comer, tomarse una cerveza y convivir con otras mujeres, familia, amigos y conocidos:

*“...a comer y ya en la noche al baile... bailamos... entre amigos, familia... ellos sacan a uno... desconocidos no más que bailen bien... que sea pa’ bailar parejo, por que si no saben y tu sabes pues ay los dejas... si bailan bien seguimos bailando unas dos o tres, pero sin ningún compromiso, no más por que va uno a la fiesta, pero si baila uno...”*

Una actividad popular y de gran ayuda para olvidarse de los problemas es jugar polaca, las características principales de este juego consisten en que

<sup>18</sup> La polaca, es el término que utilizan estas comunidades, para llamar a la clásica lotería mexicana, planillas de cartón con 16 figuras diferentes cada una, este juego consiste por lo general, en llenar toda la planilla y cada participante tiene sólo 1, en el caso de estos grupos sólo basta con tener 4 figuras juntas y cada participante puede tener cuantas planillas desee.

cada integrante puede tomar las láminas que desee, pagando por cada una cincuenta centavos, cada que comienza una nueva ronda, el dinero se deja al centro y se lo llevará la primera persona que haga “bola<sup>19</sup>” o que llene una línea de cuatro figuras en cualquier dirección: vertical, horizontal, acostada, parada, atravesada o tenga las cuatro esquinas de cualquiera de sus láminas.

Al hacer bola esa ronda se acaba y vuelve a comenzarse una nueva, pero durante el juego, quien tire las cartas, lo hace de forma rápida y precisa, por tanto las jugadoras se encuentran totalmente concentradas en el juego, puesto que una misma figura se puede repetir constantemente en las diferentes láminas que posee, se debe ser diestra para colocar una piedrita en cada figura que vayan mencionando y que se tenga.

Esta actividad también la pueden realizar los varones y los niños, pero es poco común que los hombres participen, prioritariamente, las que se reúnen para jugar, son mujeres y en ocasiones los niños. Por lo general, se acude a casa de alguna vecina para jugar, aunque también se puede hacer en casa con la propia familia.

El juego de la polaca puede durar horas, generalmente de las 7 u 8 de la noche hasta las 9 u 11 de la noche, en ocasiones hasta la madrugada.

Es frecuente que la mujer que juega hasta tarde, sea por que su pareja esté con sus amigos, trabajando fuera o definitivamente no viva en casa.

Otras actividades menos frecuentes son: salir a caminar, bailar entre familiares sin que sea una fecha conmemorativa y salir con la familia, vecinas y amigas a una especie de excursión cercana:

*“Luego, en la noche, cuando ya son las ocho... salimos un ratito a caminar, si queremos, y si no nos salimos para acá afuera, ay estamos sentaditas...”.*

Sin embargo, cuando las complicaciones de la diabetes aparecen, todas o algunas de estas actividades, se pueden suspender; la mujer no se encuentra en condiciones de llevarlas a cabo, lo cual puede afectar su ánimo, ahora sólo se enfoca en sus problemas, preocupaciones, dolor y sufrimiento.

---

<sup>19</sup> En el juego de la lotería, al terminar de llenar la planilla, se grita “lotería” para indicar que el participante ha llenado toda su planilla, el primero en hacerlo es el ganador, en el caso de la polaca, la palabra que se utiliza, para dar a conocer esta situación es “bola”.

Vivir con diabetes le da a la mujer mataclareña y manantialeña preocupaciones, angustias, desazones y desolación; pero, al pasar el tiempo y aprender a vivir con ella, conciliándose con el padecimiento de esta enfermedad, puede reír cuando está controlada:

*“...ese perro tiene azúcar, por que dónde quiera se anda miando {risas}<sup>20</sup>...”. Y llorar cuando no le permite hacer ninguna actividad, por que “...se siente refeo...”.*

---

<sup>20</sup> Cambios emocionales que muestra la participante durante el relato, los cuales muestran los sentimientos que aún le causan estos sucesos.

**CAPÍTULO 9**  
**DISCUSIÓN DE RESULTADOS**  
***PRIMERO ÉL, DESPUÉS MIS HIJOS, LUEGO MI CASA,***  
***Y YA AL ÚLTIMO YO Y MI DIABETES***

Si cada 30 segundos una persona pierde un pie, por la diabetes que se está volviendo una epidemia mundial, en menos de 25 años, en lugar de tratar de buscar una cura se buscará la manera de resarcir los daños que está dejando a su paso, creando nuevas tecnologías que contribuyan a una mejor calidad de vida, como prótesis; en un futuro que está a la vuelta de la esquina, los anuncios de televisión agregaran a sus comerciales de jugos, medicamentos y alimentos para controlar a la diabetes, la manera de adquirir una prótesis.

México podría llegar al 7º lugar con diabéticos y para cumplirlo requerirá del apoyo ya no sólo del adulto y el adulto joven como se ha estado presentando, sino también del niño o adolescente, principalmente por la alta desnutrición que tiene el infante mexicano, la cual ha estado provocando sobrepeso y obesidad en cantidades excesivas, para todas las edades, sumado a esto, se encuentran las características representativas de los

latinoamericanos: tez, complexión, economía, ubicación geográfica, entre otros factores; el riesgo que corre nuestro país es sumamente grave, tanto que en menos de 20 años se contarán a las personas no diabéticas.

La mujer mexicana por su parte es una digna representante, ya que la adquisición de esta enfermedad, ha propiciado una gran cantidad de decesos entre esta población, al vivir más años que el varón, vivirá también más años con el padecimiento de las complicaciones diabéticas.

Las cifras son alarmantes, pero más impresionante es el hecho de no controlarla y prevenirla, si se tienen los medios para hacerlo.

En el presente trabajo se hace hincapié en aspectos trascendentales, para el no control de la diabetes en una población afromestiza: *la influencia de los patrones culturales femeninos: administración del hogar, ser educadora y cuidadora, así como la precariedad económica.*

Padecer diabetes y ser mujer en Mata Clara y El Manantial implica que una mujer debe ser primero mujer, esto es, reproducir el modelo transmitido por otra mujer, con el propósito de que las funciones, actividades y obligaciones que asume como su responsabilidad, contribuyan al sostén y prevalencia de ambas comunidades, como lo marca Linton en la transmisión de las costumbres de generación a generación que constituyen la cultura (Linton, 1992).

Un patrón representativo de la mujer de estos grupos es la de organizar el hogar. Ella es la encargada de administrar el dinero para cada necesidad que se tiene en casa, un claro ejemplo son los cuidados que proporciona a la familia, como preparar el lonche para un trabajador, éste se requiere para tener la energía suficiente y rendir en el trabajo, pero es imprescindible en el equilibrio de la economía familiar, puesto que si no prepara el lonche, el asalariado tendrá que pagar un costo más elevado por la comida que le es indispensable consumir. El ahorro que se realiza al preparar los alimentos en casa, evita además alguna posible enfermedad que requeriría atención médica y por ende dinero.

Para que cubra las necesidades del hogar, requiere buscar lo más barato e incluso cómodo: utilizar chanclas, ropa ligera de segunda mano, tener el cabello corto y preparar los alimentos preferentemente en el fogón, utilizar estos artículos implica un gasto módico.

En las ocasiones en donde no le es suficiente el gasto que le da su pareja, ella busca el dinero que necesite realizando pequeños trabajos temporales dentro de la comunidad, sólo tiene un trabajo con un sueldo fijo si es la única encargada de la casa; trabajar para ayudar en la manutención del hogar, es sinónimo de un estatus más bajo, sus recursos son escasos y conocidos por los vecinos.

Conocer entre los habitantes la escasez de recursos, ha llevado a crear un sistema en el que la mayoría pueda consumir lo básico, “*pidiendo fiado*”, lo cual ayuda notablemente, a conseguir en forma de crédito la comida y vestido, permitiéndole a la mujer realizar su función de administradora del hogar.

Otro patrón característico de la mujer de la congregación y el ejido es el de ser cuidadora de una familia, por lo general la propia, hijos y pareja, sin dejar de brindar atención a sus padres y hermanos (as), cuidar a los demás es una visicitud cotidiana para ella, pero, para cumplir con este patrón debe interactuar entre agentes como el alcohol, la violencia intrafamiliar y la precariedad económica.

Ingerir alcohol en estos grupos, por parte del varón, es aceptado como analgésico, en cambio es común que el hombre se exceda en la ingestión de éste, provocando cambios en la conducta, como agresividad, la cual manifiesta abiertamente con su pareja, al reclamar sobre cualquier aspecto, alguna cosa mal acomodada, la comida o la ausencia de ella.

La mujer acepta esta convivencia, tratando de evitar en lo posible agresiones que vayan más allá de las palabras hacia ella o sus hijos, es constante el uso de los insultos y golpes, en un principio sólo por parte del varón, pero conforme la situación se vive día con día, la mujer responde de la misma manera en que es agredida e incluso puede ser ella quien sea la primera en comenzar un altercado.

Las peleas entre las parejas de estas comunidades son cotidianas, tanto que se vuelven la única forma en que se pueden comunicar, si no hay una pelea, él no sabe a dónde salio ella en el día, la mujer no sabe sí él trabajo, con quién estuvo y qué hizo, ésta es la forma en que la pareja sabe uno del otro.

Sin embargo, esta manera de convivir tan abrupta trae consecuencias de gran calibre para la pareja, provocando que una de las partes busque satisfacciones sexuales y sentimentales fuera del hogar, llegando a tener hijos

con otra pareja, en estas comunidades es común esta situación, tanto que entre los mismos hermanos puede haber comunicación, por la escuela, o como vecinos, sin llegar a tener una relación estrecha, no se reconoce a los hijos.

Esta situación lleva a aumentar la precariedad económica, el dinero se consume en alcohol y otras relaciones sentimentales, lo que llega a recibir como gasto la mujer varía constantemente, generalmente puede ir desde \$50.00 hasta \$400.00 a la semana, dependiendo del trabajo que realice el hombre; no contar con una cantidad fija lleva a la mujer a realizar trabajos más constantes, para poder cuidar a su familia, brindándole cariño, apoyo, comida y vestido, pero también guardando emociones como: rencor, dolor, enojo y coraje hacia su pareja.

El estilo de vida adoptado, duele, pero lo asume como algo que tiene que ser, lo acepta, guardando el dolor que le causa la existencia de otra pareja, otros hijos, la desatención de los propios por parte de su pareja, llegando a escudarse en los mismos, exigiéndole al varón que se responsabilice de ellos, cuando en realidad está pidiendo respeto para ella misma, pero de acuerdo a las normas de la comunidad no puede expresarlo, su papel es cuidar no ser cuidada, al menos que sea por otra mujer, hija o hermana; prefiere callar antes que los demás sepan que flaquea y está considerando dejar de cumplir con sus patrones, para ella *“el sufrimiento se guarda”*.

Todo esto lleva a que los altercados aumenten y se tome la decisión de separarse o no de su pareja, los disgustos o peleas que en un momento sirvieron para conocer uno del otro, se vuelven una barrera que impide la comunicación, llevando a constantes separaciones, en un principio temporales, pero que pueden convertirse en definitivas o por el contrario, permitir que continúen juntos.

Ahora bien, se debe tomar en cuenta, que el trabajo en las parcelas, las altas temperaturas y el alcohol, propician un desgaste en los órganos corporales del varón, provocando que disminuya su fuerza e incluso se desarrolle la diabetes, entre más pase el tiempo se vuelve más débil, lo cual le da desventajas en las peleas con su pareja.

Conforme avanza la enfermedad la mujer gana terreno, formando un círculo vicioso, de tal forma que la decisión de separarse, viene acompañada por una fuerte ira reprimida por años, todo el dolor, coraje, enojo y rencor hacia

su pareja, sale a la luz con una pelea, en donde ella de por si lleva ventaja, pero encima, al ser guiada por estos sentimientos, puede emerger un deseo de matar a su pareja, empero no lo hace, generalmente es detenida por algún familiar, como si de antemano se supiera que en cualquier momento ella podría reaccionar de esta forma y por tanto se previene la situación, acompañándola constantemente.

Con este hecho, la separación puede ser definitiva, empero al calmar los ánimos puede regresar su pareja, la cual ya comienza a presentar las complicaciones de la diabetes, entonces, la mujer cumplirá con su papel cultural de cuidadora, haciéndose cargo del diabético, en este caso, ella asume que debe hacerlo como una obligación que le corresponde, reteniendo a su familia.

El padecimiento de la diabetes se ha presentado, tenga ella o no la enfermedad. Un punto a considerar es una regla prioritaria y no escrita en estas comunidades: al unirse, primero se debe ver por la pareja, es parte del contrato a cumplir y si requiere ayuda por enfermedad se le da como un deber adquirido.

Al sentirse asignada a cuidar a su pareja, lleva a procurarle cuidados a ésta, con un toque inconsciente de desquite, el fin no es hacerlo sentir mal, sin embargo los comentarios que le hace, los cuidados que a veces implementa, provocan dolor y frustración en él, para ella, no es una venganza ahora que él está enfermo, si fuera esto, lo correría de la casa.

La mujer ahora está a cargo de él, cuidándolo y protegiéndolo como si fuese un niño, adoptando una relación maternal, por tanto el trato que le dan es muy parecido al de un infante que se ha portado mal con anterioridad, que tuvo conductas indebidas y por ende ahora se encuentra recibiendo las consecuencias de sus actos, recibiendo un castigo, es el cierre de un ciclo que se tiene que cumplir.

Una mujer de estos grupos cree que el cuidado de la persona enferma consiste en conseguir los artículos básicos para cubrir las necesidades de ésta, proveer primero los medicamentos, comida y ropa; si no se cuenta con ayuda económica del exterior, por parte de los hijos y demás familiares o no alcanza, se tiene que salir a trabajar; el cansancio del trabajo y el quehacer de la casa, también influye notablemente en como van a atender a su pareja, después del

estrés de la mayor parte del día trabajando por un sueldo, al llegar al hogar cumple con otras tres, jornadas de trabajo: el cuidado de la casa, el de la familia en general y el cuidado del enfermo.

Cuando la mujer es la portadora de la diabetes, el estilo de vida que tenía antes del diagnóstico de ésta, permanece en su gran mayoría, su pareja continúa manteniendo relaciones sentimentales y sexuales fuera de casa, ella continúa cumpliendo con su patrón de cuidadora, siempre y cuando las complicaciones de la enfermedad se lo permitan.

Considera que el bienestar de su familia depende únicamente de ella y por tanto, no importa lo que tenga que hacer, pero que este dentro de sus recursos económicos, para controlar su enfermedad: tomar sus propios orines, tes de plantas medicinales, infusiones, untarse pomadas, cumplir con lo que más pueda de la dieta y los medicamentos, atribuyendo el control o la cura de su enfermedad a las plantas y los orines, ya que no sabe que medicamentos toma, sólo que es la pastilla chiquita o la grande.

No reconoce que al tratar de llevar la dieta, tomar el “*montón de pastillas*” que le da el Seguro y su enorme deseo psicológico de recuperación, es lo que le ayuda a controlar su diabetes, una enfermedad que es causada por sustos que tienen que ver directamente con sus familiares, personas queridas e importantes para ella.

Ser diabética es un medio por el cual llegará al fin de todo ser humano: la muerte. Tan constantemente observa esta enfermedad que la considera como algo normal, pues “*todos la tenemos*”, como encontró Figueroa en un estudio en mujeres de Ciudad Nezahualcoyotl (2007), la indefensión ante la diabetes: “*da porque da*”.

La resignación que muestra ante el padecimiento de la diabetes, se presenta mientras ésta no afecte sus labores cotidianas, si las complicaciones llegan a impedirle que cuide a los demás o le impiden administrar la casa, se frustra sintiendo que ha fallado en su rol, designándole sus labores y funciones a otra mujer, generalmente su hija, quien ahora fungirá como la encargada principal del cuidado de la familia, cumpliendo así, con la transmisión de los patrones que ha aprendido de otra mujer y que ahora le corresponde llevar a cabo a su descendiente y alumna.

Por otro lado, para la mujer de la congregación y el ejido controlar su enfermedad, es sumamente difícil y complicado, puesto que los recursos económicos que posee, no le permiten ni siquiera conocer los alimentos básicos para la dieta del diabético, así que consume sólo lo que puede comprar, ya que los escasos recursos económicos son un obstáculo para el control de la diabetes, como encontró Pascual en 2005, un estudio en mujeres indígenas.

Al recordar el tratamiento que el profesional de la salud le indica, ella suele reír, no como burla, sino como resignación y a la vez frustración, por que sabe de antemano que es utópico conseguir cosas que no se conocen, cosas que no existen dentro de la comunidad y quizás ni a los alrededores, como *el queso panela o la leche descremada*.

La mala alimentación y la escasez de recursos llevan a desarrollar con mayor rapidez la diabetes, se busca tener energías para cumplir como mujer al momento, no para cuidarse y seguir cumpliendo por mucho tiempo, para ella todos tenemos que morir antes o después y si ya cumplió como mujer el tiempo que viva será gratificante.

Cuando es cuidadora de una persona diabética, asume la responsabilidad, de ser ella de quien depende el enfermo, aprender a vivir con diabetes la tenga o no, permitiéndole seguir cuidando a los demás y si aún hay alguien a quien cuidar, el autocuidado se desplaza en medida que no descuide a su familiar, aunque esto la lleve a una muerte más temprana.

Cuidarse implica recibir ayuda extra de la familia y que nadie dependa de ella, sólo entonces pone atención completa a su salud, de lo contrario, no tendrá tiempo para asistir a pláticas, consultas médicas y demás, su obligación y función como mujer mataclarence y manantialeña es ver primero por su pareja, sus hijos, su casa y al último por ella y su diabetes.

## CONCLUSIONES

Los patrones que se transmiten, evolucionan por medio de la adaptación provocando cambios que inciden directamente en la cultura, no puede darse uno sin el otro, ya que la evolución implica precisamente el adecuarse a un nuevo fenómeno, suceso o situación, que no siempre podrá resolverse con los previos conocimientos, conductas y acciones, que se tenían previamente, sino que hay que actualizarlos constantemente.

De tal manera, que permitan a la persona crear una adecuada solución a los problemas que vaya encontrando, dificultades que se pueden volver de salud pública, como el caso de la diabetes, que cada día afecta a más y más personas en el ámbito mundial, pero la solución no está sólo en el ámbito macro, sino en conjuntos más pequeños, en los grupos en que interactúan las personas.

La relación que existe entre las personas es de: grupo-relación-particularidades, por tanto, cada persona es primordial para su grupo, sin ella o cualquier otra persona perteneciente a éste, impediría que fuera el mismo grupo. Las relaciones que tiene la persona en y con su grupo son las que

permiten la convivencia y comunicación entre los mismos, si alguna se ve afectada, en este caso por la diabetes tipo 2, los problemas irán más allá de malestares físicos, repercutiendo en las conductas y en la cognición de las personas, pues se está alterando su entorno y su grupo.

Las particularidades que tiene cada persona, están constituidas por el grupo al que pertenece: creencias, hábitos, costumbres, tradiciones, que definen lo que es y lo que se debe ser. Un ejemplo de ello, es la mujer de las comunidades de Mata clara y el ejido El Manantial, en el municipio de Cuitlahuac – Veracruz, en donde los patrones que ejerce para ser una mujer son definidos principalmente por el patrón de cuidadora, esto es, ver, prever y dar todo a su familia antes que a ella misma.

Para la mujer de estas comunidades su prioridad es el bienestar de su familia; en primer lugar, su pareja, ésta juega un papel fundamental para que ella pueda realizarse como mujer. Su labor esencial consiste en atender al varón, brindándole cuidados desde lo moral hasta lo físico.

Durante todo el tiempo que vive con él, aprende a sortear situaciones buenas y malas, incluso dolorosas, que la llevan a guardar resentimientos, frustraciones e ira en contra de su pareja. Todos estos sentimientos a pesar de reconocer que existen prefiere conservarlos para si misma, creyendo que si no los manifiesta, nadie en su comunidad dudara que está cumpliendo con su rol, ya que es algo que le corresponde hacer, recibir y vivir, de lo contrario no sería una mujer, pues estaría renunciando a todo aquello que su cultura le pide hacer para pertenecer a ésta.

El propósito de guardar todos sus sentimientos y emociones, la ubican como una mujer capaz de cumplir con las labores de su familia, su casa y su trabajo, al cumplir con ellas, automáticamente está cumpliendo con ella misma. Sin embargo, todos estos sentimientos y emociones en lugar de quedarse en el pasado, permanecen en su presente de forma tan constante, que llegan a guiar sus actos del ahora, provocando que los cuidados que le da a su pareja sean además de obligatorios, incómodos y hasta con un toque inconsciente de desquite hacia la persona que le provocó sufrimientos, pesares, frustraciones, miedos e ira.

Su deber como mujer es cuidar a su pareja en las alegrías y en las penas, pero, si el pasado es tan presente, ella sólo cumplirá con lo establecido,

llegando en ocasiones a verse como un maltrato a su pareja, pues al presentarse las complicaciones de la diabetes tipo 2 en el varón, éste no es atendido como lo estipulan los profesionales de la salud, más bien tiene carencias de atención médica y psicológica por parte de la mujer.

En estos casos, además de los sentimientos que tiene guardados la mujer, también se encuentran otros puntos de relevancia a considerar: ella ahora atenderá a un enfermo en casa, en una relación materna, en donde el varón se vuelve dependiente de la mujer al igual que un niño pequeño, pero enfermo; ella deberá cubrir todas las necesidades de él, comida, alimentos, medicinas, consultas médicas, etc.; además de abastecer el hogar cubriendo las necesidades que se tienen, sobre todo si hay hijos que dependan de ella.

Su labor es cuádruple, trabajar para obtener dinero, al llegar a casa realizar las labores de ésta, ver por su familia y cuidar a una persona con complicaciones de diabetes tipo 2, sin embargo, todas estas labores son poco conocidas y reconocidas ante los demás, pues no se observa una remuneración, todo el dinero que gana la mujer va directamente a los gastos de la casa y la familia.

De igual forma, todas las actividades que realiza, cuidando a la persona enferma, realizando el quehacer de la casa, haciendo ropa o comida, son actividades que tampoco generan dinero, sólo ahorro, si ella no las hiciera se tendría que pagar por todas ellas, pero como función y labor de la mujer en estas comunidades, tampoco son reconocidas abiertamente, ni siquiera por ella misma, es lo que le corresponde hacer.

Se tiene la firme creencia que por la constitución biológica que cada individuo posee, se está limitado para ciertas actividades que la persona del otro género sí puede realizar. Sin embargo, en este estudio se pudo observar, como una mujer podía realizar trabajo pesado igual que un hombre, cortar caña de azúcar, cosechar limón y trasladar las cargas, mientras que algunos varones cocinaban y atendían a las visitas de forma hogareña, actividad que se le ha atribuido más a la mujer. Realizar estas actividades no provocó desvalorización de la persona, simplemente compartir actividades diarias.

La precariedad económica, también ha jugado un papel importante en estas comunidades, dificulta llevar una alimentación balanceada, sólo se consume para lo que alcanza el gasto, generalmente alimentos altos en grasa.

Salir a trabajar para obtener dinero, provoca cansancio, dolores físicos, emocionales y cognitivos, que evitan el siquiera pensar en hacer más ejercicio del que realizó en su actividad laboral, la cual le da para cubrir las necesidades básicas.

Si alguien llega a enfermar buscara atención a los malestares de acuerdo a sus posibilidades, si no hay dinero, con alguna vecina o “*una señora que cura*”, posteriormente acude al centro de salud, provocando que se compliquen los síntomas al grado de una enfermedad crónica-degenerativa, como la diabetes tipo 2, en donde se comienza atender hasta que se presentan las primeras complicaciones.

Ser cuidadora, va más allá de cubrir las necesidades básicas de un grupo, como la familia, implica brindar apoyo incondicional, hacia los integrantes de ésta, sea psicológico, físico, conductual, cognitivo, económico, etc. La mujer se ha adjudicado tanto este papel, que no importa dar la vida por un ser querido, en el caso de la diabetes tipo 2, primero vera por su entono y posteriormente por ella.

Cuando la mujer mataclareña y manantialeña requiere atención médica, espera hasta que los dolores son insoportables, tanto que le impiden hacer sus actividades, cuidar a su familia, entonces acude a consulta o con alguna “*señora que cura*”, para calmar los malestares y poder brindar a su familia los cuidados que sólo ella puede darles. Ha dado prioridad a su familia antes que a su salud, el control de su diabetes.

Dentro de su papel de cuidadora ha ofrendado su vida, al aceptar las complicaciones de su enfermedad de manera temprana, al preferir mantener unida a su familia, realizando los quehaceres cotidianos, preparando comida que sabe no debe consumir, pero que los demás si pueden comer. Todo esto la lleva a adelantar las complicaciones de la diabetes y a morir tempranamente.

Otro rol que juega la mujer de estas comunidades es el de transmitir de manera oportuna y continua los patrones que hacen a una mujer y a un hombre, por medio del ejemplo cotidiano a sus hijos: comportándose, hablando, instruyendo, recomendando, cuidando, reprendiendo y felicitando, de tal manera que lo que cada integrante de estas comunidades haga, siempre este en función de lo preestablecido y aceptado culturalmente.

Heredar los conocimientos que posee a las generaciones que le suceden, ha implicado que sus mismos patrones sean repetidos por su hija, lo cual implica que ésta, llegado el momento, renunciara a su salud para cuidar a la familia.

Todo esto, muestra el valor que tienen la mujer para nuestra cultura, ayudando, previniendo, cuidando y educando, por ello sería prudente, escucharla, entenderla, para adecuar los bastos conocimientos que se tienen sobre la diabetes tipo 2, adaptándolos a su condición, ella puede, no sólo ser un buen apoyo, sino el mejor que tengan los profesionales de la salud, para transmitir tanto los cuidados como la prevención de esta enfermedad.

Es aquí en donde se encuentra la labor del psicólogo, apoyando a las demás áreas de la salud para controlar esta enfermedad, por medio del trabajo en los grupos micros, en donde se padece y vive la diabetes, creando programas incluyentes de la mujer como una participe activa en la transmisión de conocimientos de la diabetes.

Los programas tendrán que enfocar lo preventivo, evitando llegar a las complicaciones, encontrando el control de la enfermedad, utilizando el autocuidado como base, esto es, comenzar a inculcarle a la mujer lo importante que es como persona, no sólo como mujer y por ello, lo enriquecedor que es cuidarse ella misma, dentro de las posibilidades que tenga: darse veinte minutos para caminar, ingerir un poco de la gran diversidad de alimentos que existen en cada grupo, aprender a controlar sus emociones, pero sobre todo aceptarse y sentirse valiosa, por que sin ella su familia pasaría a manos de otra mujer (hija, nuera, hermana, mamá, etc.), que también sería cuidadora, pero nunca como ella.

En cada familia al menos hay una mujer y dentro de sus funciones se encuentra el poder de transmitir todo lo que en la vida cotidiana el mundo conoce; si bien es cierto que hay conocimientos que no puede transmitir, como tecnología o ciencia directamente, a menos que sea su área, siempre se tendrá apoyo para recibirlo: de una madre, una hermana, una esposa, una amiga, una novia, etc.

Educar a la mujer como predominante en nuestra cultura, por todo lo que hace, la llevará a transmitir poco a poco lo inestimable que es su salud, y la de

todas las generaciones que vienen detrás y que ella enseñará, como el patrón de cuidadora y educadora que tiene, al ser mujer.

La mujer de las comunidades de Mata Clara y El Manantial, transmite sus conocimientos a sus descendientes, procurando que se conserve sus creencias, tradiciones de cuidar a la familia, usando los recursos que tiene a su alcance, implicando un descuido en su salud, para ella, primero está la familia, por lo que se hace urgente que los profesionales de la salud utilicen este suceso para educar a esta mujer cuidadora, en como autocuidarse y a su vez a la familia, creando programas educativos, con técnicas creativas e interactivas de nuestra disciplina, para que la transmisión de actitudes, estilos, creencias etc. sean de autocuidado y transmisión, enseñándole a su hija, ésta a la suya y así sucesivamente.

En Mata Clara y El Manantial, el profesional de la salud ve por un bienestar a futuro, la mujer por un bienestar presente, el primero quiere que la diabética viva por más años, la segunda sabe que vivirá eternamente en el recuerdo de sus seres queridos, si ha cumplido como mujer.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, G. (1988). Nyanga y la controversia en torno a su reducción a Pueblo. En *Jornadas de homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán* (pp. 129–136). México: Instituto veracruzano de cultura.
- Aguirre, G. (1990). Preludio. En Cruz, S., Martínez, A. y Santiago, A. *El carnaval en Yanga*. México: (pp. 5-8). Dirección general de culturas populares.
- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Antecedentes Históricos de Cuitlahuac, (2000). Autor anónimo. *Documento de divulgación interna de la biblioteca Lázaro Cárdenas del Río*. Recuperado el 08 de diciembre de 2006, otorgado por el bibliotecario Pérez Robles J.
- Brunner y Suddarth (2002). *Enfermería médico quirúrgica* (9ª ed.). México: McGrawHill.
- Bucci, I. y García, M. C. (2003): Historia, trabajo, identidad y género: cuatro categorías que se intersectan. *GenEros*, 10 (30), 34-38.

- Cardoso, M. A. (2000). La confrontación cultural: factor determinante para el control de la diabetes tipo 2. Una perspectiva multidisciplinaria. *Investigación en salud*, II (2), 110-116.
- Cardoso, M. A. (2002). *Factores culturales que condicionan el tratamiento de la diabetes tipo 2 en una zona de ciudad Nezahualcoyotl*. Tesis doctoral. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México: I. N. A. H
- Cardoso, M. A. (2006). La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico para la diabetes, cultura, dieta y diabetes. *Cuicuilco*, Escuela Nacional de Antropología e Historia-INAH, México CONACYT. septiembre-diciembre (38).
- Cardozo, E. y Pardi, G., (2002). *Consideraciones a tomar en cuenta en el manejo odontológico del paciente con diabetes mellitus*. Recuperado el 27 de agosto de 2006, de "[http://www.actaodontologica.com/41\\_1\\_2003/manejo\\_odontologico\\_paciente\\_diabetes\\_mellitus.asp](http://www.actaodontologica.com/41_1_2003/manejo_odontologico_paciente_diabetes_mellitus.asp)"
- Castañón, A. (2005). *Se duplican en 12 años casos de diabetes*. Recuperado el 20 de septiembre de 2005, de la Página Web el Diario, <http://www.diario.com.mx/portada/juarez/notaasp?notaid=e0760e065d5f8d7adc5aef3c532c208a>
- Cervantes, C. (2003). Rutas de acceso a la jefatura femenina de hogar. *GenEros*, 10 (30), 39-48.
- Criterios, Periodismo, independiente, (2005). Autor Anónimo. *Previene ISSSTE afecciones bucales a causa de la diabetes*. Recuperado el 20 de septiembre de 2005, de "<http://www.criterios.com/modules.php?name=Noticias&file=article&sid=1229>"
- Cruz, S., Martínez, A. y Santiago, A. (1990). *El carnaval en Yanga*. México: Dirección general de culturas populares.
- Cruz, S., (2005). La presencia negra en México y el centro de Veracruz. Una lectura sobre el racismo. En Serrano, C. y Lira Y. (Comps.). *Estudios sobre la arqueología e historia de la región de Orizaba*. México: Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM. (pp. 229–244).

- Chiu, A. (2006). *El concepto de poder en Foucault Aquiles*. Recuperado el 02 de noviembre de 2006, de "http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id\_articulo=626"
- Delgado, J. y Gutiérrez, J. (1999). (comps.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. España: Síntesis Psicología.
- Diccionario Porrúa de la lengua española*, (1990). México: Porrúa.
- Dolger, H y Seeman, B. (1991). *Como vivir con diabetes*. México: Diana.
- Durán, L., Bravo, P., Hernández, M. y Becerra, J. (1997). *El diabético optimista: manual para diabéticos, familiares y profesionales de la salud*. México: Trillas.
- Enciclopedia Libre, Wikipedia, (2006). Autor Anónimo, *Michel Foucault*. Recuperado el 02 de noviembre de 2006, de [http://es.wikipedia.org/wiki/michel\\_foucault](http://es.wikipedia.org/wiki/michel_foucault)
- Esquivel, A. (2006). *Instituto de ciencias de la salud*. Recuperado el 02 de noviembre de 2006, de "http://www.uv.mx/invest/pcientifica/informe\_2001-2002/lineas\_invest/ciencias\_salud.htm"
- Federación Mexicana de Diabetes (2006). Autor Anónimo. *Los números de la diabetes en México, en el Mundo, en Estados Unidos y en India*. Recuperado el 24 de mayo de 2006, de "http://www.fmdiabetes.com/www/diabetes/dnumeros.asp#Mundo"
- Ferrer, V. (1995). "Adherencia a" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud. Conceptos y factores psicosociales implicados. *Revista de psicología de la salud*, 1 (7), 37-38.
- Figuroa R. M. E. (2007). *Cuerpo humano, estilo de vida y diabetes tipo 2: en un grupo de personas de Cd. Nezahualcoyotl, Edo. de México*. Tesis de Maestría México: ENAH
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad, Vol. I La voluntad del saber*. (Trigésima ed.) 2005. México, Siglo XXI.
- Foucault, M. (1984). *Historia de la sexualidad, Vol. II El uso de los placeres*. (Decimosexta ed.) 2005. México, Siglo XXI.
- Foucault, M. (1987). *Historia de la sexualidad, Vol. III La inquietud del sí*. (Decimocuarta ed.) 2005. México, Siglo XXI.

- Galindo, L. J. (1998). La lucha de la luz y la sombra. En *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación* (pp. 9--31). México: Addison Wesley Longman.
- García, M. (1988). Dos aspectos de la esclavitud negra en México. En *Jornadas de homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán* (pp. 61-66). México: Instituto veracruzano de cultura.
- Ginarte, Y. (2001). *La adherencia terapéutica*. Recuperado el 25 de noviembre de 2003, de <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5029,00.html>
- Gobierno del estado de Veracruz, municipio de Cuitlahuac* (2002). Autor anónimo. Recuperado el 18 de noviembre de 2006, de <http://www.cuitlahuac.gob.mx/secciones.php?seccion=datosgeograficos&cx=81>
- González S. (1994). La maternidad en la construcción de la identidad femenina. En Mc. Phail y Salles, V., (Comps.), *Nuevos Textos y Renovados Pretextos*, (pp. 147- 172). Colegio de México: México.
- Grupo Diabetes SAMFyC*, (1999). Autor anónimo. Recuperado el 27 de agosto de 2006, de "<http://www.cica.es/aliens/samfyc/boca.htm>"
- Hernández, E. y González, A. (2000). Cáncer cervicouterino: una mirada desde la perspectiva de género, En Mercado, F. j. y Torres, T. M. (Comps.), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. (pp. 253-266). Universidad de Guadalajara, México: Plaza y Valdés Editores.
- Husserl, E. (1992), *Invitación a la fenomenología*. España: Paidós.
- Iruretagoyena, M. (2006). *Tratamiento Dental en el Paciente Diabético*. Recuperado el 27 de agosto de 2006, de "<http://www.sdpt.net/diabetes%204.htm>"
- Jinich, H. (2002). *El paciente y su médico* (2a. ed.). México: Manual Moderno.
- Kilo, C. y Richmond, J. (1991). *Controle su diabetes*. México: Limusa.
- Linton, R. (1992). *Cultura y personalidad*. México: F.C.E.
- Lipski, J. (2006). *El lenguaje afromexicano en el contexto de la lingüística afrohispanica*. Recuperado el 27 de agosto de 2006, de <http://www.personal.psu.edu/jml34/afromex.pdf#search=%22afromexicano%22>
- López, M. (1993). La mujer en la economía. *GenEros*, 1 (1), .32-37.

- MacQueen, K. (2002). Introducción: *Enriquecimiento de los hechos y las cifras*. Recuperado el 18 de mayo de 2004, de "http://www.reproline.jhu.edu/spanish/6read/6issues/network/v22-2/ns2221.html"
- Mahan L, y escote-Sttump. S. (2001). *Nutrición y Dietoterapia de Krause*. (10ª ed.). México, McGrawHill.
- Mann, L. (1993). *Elementos de Psicología Social*. (H. Capello). (15ª ed.) México: Limusa
- Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological*, (2002). México: Manual Moderno.
- Martínez, C. (2003). *Ciencia y humanismo al servicio del enfermo*. México: Manual Moderno.
- Martínez, M. (2001). *Comportamiento humano: Nuevos métodos de investigación*. México: Trillas.
- Mayan, M. (2001) *Una introducción a los métodos cualitativos. Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesores*. Recuperado el 19 de febrero de 2004, de <http://www.ualberta.ca/~iiqm//pdfs/introducción.pdf>
- Medel, B. C. y González, L. (2005). Estilos de vida, experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en la diabetes mellitus En *Index de Enfermería*, 10 (10), 1–5.
- Mélich, J. C. (1994). *Del extraño al cómplice: La educación en la vida cotidiana*. Barcelona: Anthropos.
- Member of Diabetes (2002). Autor Anónimo. *Take time to care about diabetes, office of women`s health*. Recuperado el 02 de noviembre de 2006, de "http://www.fda.gov/womens/taketimetocare/diabetes/diabetes\_broc\_span.html"
- Mercado, F. J. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Mercado, F. J. (1998). *El manejo del tratamiento médico en el marco de la vida diaria*. Relaciones, 19 (74), 137-164.
- Miles, M. y Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Newbury Park, CA: Sage.

- Morales, H. (2005). Diabetes de bolsillo, *Revista Cuicuilco, de la Escuela nacional de Antropología e Historia*. Nueva época, 12 (33).
- Moreno, A. (2001). *Epidemiología y diabetes. Medicina actual*. Recuperado el 02 de noviembre de 2006, de "<http://www.ejournal.unam.mx/revfacmed/no44-1/RFM44109.pdf>"
- MOSBY, (1995). *Diccionario de medicina*. España: Océano.
- Myers, D (1987). *Psicología Social* (Dra. F. Martins). (2ª ed.) Madrid España: Panamericana.
- Natera, G. y Mora, J. (2000). La teoría fundamentada en el estudio de la familia y las adicciones. En Mercado, F. j. y Torres, T. M. (Comps.), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. (pp. 73-96). Universidad de Guadalajara. México: Plaza y Valdés Editores.
- Naveda, A. (1987). *Esclavos negros en las haciendas azucareras de Córdoba, Veracruz, 1690-1830*. México: Universidad Veracruzana, centro de investigaciones históricas.
- Naveda, A. (1988). Esclavitud en Córdoba; composición y distribución racial, 1788. En *Jornadas de homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán*. México: Instituto veracruzano de cultura.
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994*. (2001). Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Recuperado el 27 de agosto de 2006, de la Página Web de la Secretaría de Salud "<http://www.ssa.gob.mx/unidades/cdi/cgi-bin/wxis/unidades/cdi/data/aih/>"
- Ochoa, H. (2003). La reproducción de género en las mujeres y varones adolescentes de los sectores. *GenEros*, 10 (30), 30-33.
- OMS, (2006). Autor Anónimo. *Página Web de País de la OMS*. Recuperado el 02 de noviembre de 2006 de "<http://www.who.int/countries/mex/es>"
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Autor Anónimo. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial, de gran envergadura, los pacientes no reciben el apoyo necesario. *Comunicado de prensa de la OMS*. Recobrado el 01 de septiembre de 2005, de "[http://www.who.int/chronic\\_conditions/en/1\\_7\\_2003prsp.pdf](http://www.who.int/chronic_conditions/en/1_7_2003prsp.pdf)"

- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2001). *Desarrollo Humano*. (O. Lukauskis, y G. Villamizar,). (8ª ed.) Colombia: McGraw-Hill.
- Pascual, R. (2005). *La experiencia de vivir con una enfermedad crónica en una comunidad indígena*. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México.
- Pérez, M. (2005). *Importancia del psicólogo para que la persona acepte su diabetes mediante la elaboración del duelo*. Tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México.
- Perry, S. (2005). *Diabetes y pareja*. Recuperado el 24 de mayo de 2006, de "http://www.fmdiabetes.com/www/diabetes/adultos.asp?ld=2003032819533"
- Puga, C. J., Peschard y Castro, (2003). *Hacia la sociología*. México: Pearson.
- Reyes, G. (2000). *Memoria histórica y vida cotidiana de Cuitlahuac Veracruz*. Xalapa-Veracruz: PACMYC—2000, Codice.
- Rodríguez, G. Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa* (2ª ed.) Málaga: Aljibe.
- Romero, G. (2006). El dolor y su significado a través de la historia. En *Revista Digital de la Unidad para la atención de las Organizaciones*. Recuperado el 02 de noviembre de 2006, de [http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/UAOS-Rev4/el\\_dolor.html](http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/UAOS-Rev4/el_dolor.html)
- Salud, Argentina. (2005). Autor Anónimo. *La diabetes será en 25 años la mayor epidemia a la que jamás se ha enfrentado la humanidad*. Obtenido el 20 de septiembre de 2005, de "http://www.tandilportandil.com.ar/leernoticias.asp?id=6395"
- Sánchez, J. (2002). *Psicología de los grupos*. Teorías, procesos y aplicaciones. México: McGraw-Hill.
- Secretaría de Salud (1999). Autor Anónimo. "Principales causas de mortalidad general", México. Recuperado el 23 de febrero de 2000 de la *Página Web de la Secretaría de Salud de México*, "http://www.ssa.gob.-mx/"

- Secretaría de salud (2002). Autor Anónimo. *Comunicado de prensa n°027, 1 de marzo de 2002*. Recuperado el 23 de marzo de 2002, de [http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala\\_noticias/comunicados/2002-03-01-027-PERSONAS-CON-DIABETES.htm](http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2002-03-01-027-PERSONAS-CON-DIABETES.htm)
- Secretaría de Salud (2003). Autor Anónimo. *Comunicado de prensa n° 058*. Recuperado el 20 de marzo de 2003, de "<http://www.salud.gob.mx/>"
- Secretaría de Salud (2006). Autor Anónimo. *Anuarios de morbilidad 84-04*. Recuperado el 21 de marzo de 2006, de "<http://www.dgepi.salud.gob.mx>"
- Secretaría de Salud (2006) "Principales causas de mortalidad general", Sistema Nacional de Información en Salud. Recuperado el 21 de marzo de 2006 de la *Página Web de la Secretaría de Salud de México*, <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/mortalidad.htm>
- Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación (2001). Autor Anónimo. *Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes*. Recuperado el 21 de febrero de 2002, de "<http://www.ssa.gob.mx/unidades/cdi/cgi-bin/wxisunidades/cdi/data/iah/>"
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Tecnología Terra (2005). Autor Anónimo. *Nueva guía contra la diabetes*. Recuperado el 20 de septiembre de 2005, de <http://www3.terra.com.ar/canales/tecnologia/122/122854.html>
- Torres, M. L. (2007). *Guía para la preparación de fichas bibliográficas, citas y trabajos de investigación según el Manual de la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association)*. Recuperado el 25 de agosto de 2007, de <https://s3.amazonaws.com/ppt-download/2007-a-p-a-15486.ppt>
- Valadez, I., Pando, M. y Amescua, R. (2000). Proceso educativo grupal en el trabajo comunitario: una experiencia en la formación de recursos profesionales en educación para la salud. En Mercado, F. J. y Torres, T. M. (Comps.), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica* (pp. 267–281). México: Plaza y Valdés Editores.

- Valdés, R. (1993). *Veracruz. Pródiga naturaleza de cara al mar*. México: Monografía estatal. Secretaria de Educación Pública.
- Valero, M (2003). Cultura, Sociedad e Identidad. *Revista Universidad Intercontinental. Intersticios*. México 8 (19), 165-185.
- Vázquez, E. (2002). *Sintiéndose bien con la diabetes*. México: Urano/Intersistemas.
- Vinacor, F. (2004). *Programa de Diabetes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)*. Recuperado el 02 de noviembre, de "<http://www.cdc.gov/diabetes/spanish/womenfact.htm>"
- Vinson, B. y Vaughn, B. (2004). *Afroméxico. Herramientas para la historia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Warren H. (1996). *Diccionario de psicología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Winfield, F. (1988), La vida de los cimarrones en Veracruz. En *Jornadas de homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán*, (pp. 85-88). México: Instituto veracruzano de cultura.
- Zaldívar, D. (2003). *Adherencia terapéutica y modelos explicativos*. Recuperado el 25 de noviembre de 2003 de <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=article&file=article&sid=82>
- Zedillo, A. (1988). La presencia del negro en México y su música. En *Jornadas de homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán*, (pp. 67- 84). México: Instituto veracruzano de cultura.

## ANEXO 1

Para la realización de las entrevistas, se contó con la siguiente guía:

1. ¿Qué hace para controlar su diabetes? ¿Le funciona?
2. Sí su diabetes no esta controlada. ¿A qué lo atribuye?
3. ¿Cuál es la función que usted desempeña dentro de su familia?
4. ¿Cómo ha repercutido tener diabetes en su desempeño familiar?
5. ¿Cambió su vida con la llegada de la diabetes?