

ENTRE LA ZAFRA Y EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES. CUANDO LO FÁCIL SE TORNA COMPLICADO¹

Rafael Pascual Ayala

FFyL, IIA, FES Zaragoza-UNAM

Marco Antonio Cardoso Gómez

FES Zaragoza-UNAM

Carlos Serrano Sánchez

Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM

Resumen: Desde la perspectiva de los profesionales de la salud, la diabetes no debiera causar, en quienes la padecen, los estragos que actualmente genera, pues lo único necesario para controlarla es una dieta equilibrada, realizar actividad física, la ingesta de medicamentos y evitar comportamientos de riesgo, aspectos que se muestran fácilmente alcanzables, sin embargo, éstos se complican en la vida cotidiana de los enfermos, lo que se observa claramente entre los cortadores de caña de Mata Clara y El Manantial, comunidades pertenecientes al municipio de Cuitláhuac, Veracruz, donde la zafra, principal actividad económica, se contraponen al tratamiento de la diabetes porque impide que la alimentación de estas personas siga la prescripción médica. Al ser una actividad extenuante, tampoco permite llevar a cabo un plan de ejercicio físico; además promueve el consumo de alcohol, el cual está contraindicado para las personas que padecen esta enfermedad.

Palabras clave: zafra; diabetes; tratamiento médico.

Abstract: From the perspective of health professionals, diabetes should not cause in those who suffer it the ravages it currently generates, because all that is needed to control it is a balanced diet, physical activity, intake of medicines and avoid risk behaviors, aspects that are displayed as easily achievable, however, they are complicated in the daily lives of the sick, which is evident among the cane cutters of Mata Clara and El Manantial, communities belonging to the municipality of Cuitláhuac, Veracruz, where the harvest, the main economic activity, opposes to the treatment of diabetes because it impedes these people from feeding is consistent-

¹ Este estudio fue respaldado por la unam-dgapa-papiit, mediante los proyectos “El impacto de la medicina tradicional en Mata Clara y El Manantial, dos comunidades afroestizas de Veracruz México: huesero, sobador, hierbero, brujo, curandero naturista”, clave: IN 306308-3 y “Gestión y diversidad poblacional en la región Córdoba-Orizaba”, clave: IN-307307.

tly with the medical prescription. As a strenuous activity, it does not allow to carry out a plan for physical exercise; it also promotes alcohol consumption, which is contraindicated for people suffering from this disease.

Keywords: zafra; diabetes; medical treatment.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA DIABETES

La diabetes es una enfermedad que, en las últimas décadas, debido al crecimiento y envejecimiento de la población, la urbanización, los hábitos alimentarios poco saludables y la vida sedentaria, entre otras razones, ha mostrado un incremento progresivo de incidencia y prevalencia, hasta el grado de representar uno de los principales problemas de salud pública en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2008) calcula que en el planeta hay más de 180 millones de personas que la tienen, y es probable que esta cifra aumente a más del doble para el 2030. También señala que en 2005 esta enfermedad ocasionó más de 1 millón de muertes, de las cuales, aproximadamente un 80 % se registró en países de ingresos bajos o medios, casi la mitad ocurrió en pacientes con menos de 70 años y el 55 % en mujeres.

Un aspecto que agrava lo anterior es que alrededor del 25 % de las naciones del mundo no han desarrollado ningún plan de salud específico para atenderla, a pesar de que los costos humanos y económicos podrían reducirse de modo considerable mediante la inversión en prevención, particularmente en detección precoz, lo que podría evitar la aparición de las complicaciones que genera (Federación Mexicana de Diabetes 2007).

En México la diabetes es la primera causa específica de muerte general, por ello, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 la reconoció como un problema prioritario. La recomendación para su atención fue la adopción de estilos de vida saludables, especialmente en alimentación y ejercicio (Secretaría de Salud 2008).

Actualmente la población mexicana con diabetes fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones, con una prevalencia promedio nacional del 10.7 % en personas entre 20 y 69 años, siendo Veracruz el estado mexicano mayormente afectado con una prevalencia del 16.1 % en su población de más de 20 años (Federación Mexicana de Diabetes 2007).

En el ámbito nacional, el incremento constante en la incidencia de diabetes se ha asociado a tasas crecientes de muerte directa e indirecta (Rodríguez *et al.* 2003). Según cifras de la Dirección General de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de México, esta enfermedad ocasionó en el año 2000 más de 46 mil muertes, es decir, cinco personas cada dos horas (SSA 2002). Así, la diabetes

ha tenido un ascenso alarmante, en 1970 como causa de muerte ocupó la posición número 12, para 1998 se ubicó como la tercera causa (Alvarado *et al.* 2001), y para 2001 se encontró en el primer lugar (SSA 2001b).

Aunado a lo anterior, la tendencia a la mortalidad por esta enfermedad es ascendente como se muestra en la siguiente tabla.

Tasa de mortalidad por diabetes	
Año	Tasa de mortalidad por 100,000 habitantes
1922	2.5
1980	12.0
1997	38.0
2001	48.96

Fuentes: Velázquez *et al.* 2003; Vázquez y Escobedo 1989; SSA 2001b.

Por la alta prevalencia de diabetes y por la creciente mortalidad que ésta causa, México se encuentra obligado a un análisis profundo de las intervenciones efectivas que puedan ponerse en marcha lo antes posible, no únicamente en población de alto riesgo, sino a través de una estrategia dual que, además, fomente mayor conocimiento del problema en la población general (Barquera 2003), lo que podría iniciar una estrategia referente a la prevención, aspecto que ha sido soslayado por las estrategias de atención propuestas por las instituciones sanitarias, las cuales se enfocan únicamente en la restauración de la salud cuando la enfermedad ya se ha hecho presente.

TERAPÉUTICA INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN A LA DIABETES

En el ámbito hospitalario se han organizado diversos programas para la detección de la diabetes. A finales de la década de los sesenta del recién terminado siglo, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) instrumentó un programa de detección oportuna de esta enfermedad, el cual incrementó el diagnóstico de casos nuevos en la población derechohabiente, sobre todo en personas con factores de riesgo (Rodríguez *et al.* 2003).

Dentro del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 (citado en Velázquez *et al.* 2003) se contempla un programa de salud de las poblaciones adulta y anciana donde se menciona que los cambios recientes en el perfil epidemiológico obligan a considerar acciones específicas para proteger la salud de estas poblaciones, en particular para aquellas patologías que por su frecuencia y trascendencia significan una carga importante de enfermedad.

De igual manera, se propone detectar sistemática y oportunamente los casos de diabetes en la población mayor de 25 años, estableciendo un manejo adecuado, limitando el daño a órganos y tejidos, disminuyendo la frecuencia de complicaciones, reduciendo la discapacidad y las muertes prematuras; así como acciones de promoción y educación para la salud tendientes a identificar y controlar los factores de riesgo.

A principios de esta década, la Secretaría de Salud puso en marcha el Programa de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, el cual contempló incrementar el número de detecciones, de 14 millones realizadas en el año 2000, a 23 millones para el 2005, además de dar apoyo al trabajo de los 5 500 grupos de autoayuda que existen en el país (SSA 2002).

Las estrategias puestas en marcha por las instituciones sanitarias de México, como las mencionadas anteriormente, se enfocan en la promoción de la adherencia terapéutica, entendiéndola como el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del médico tratante, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de una enfermedad (Puente 1985, citado en Ginarte 2001).

Tratamiento de la diabetes

Con base en lo anterior, el tratamiento médico de la diabetes consiste en restaurar hacia la normalidad los desarreglos metabólicos generados por el descontrol de la glucosa sanguínea, con el propósito de evitar y demorar la progresión de las complicaciones diabéticas (Tierney *et al.* 2006; SSA 2001a).

Este tratamiento debe regirse por las indicaciones proporcionadas en la Modificación a la Norma Oficial Mexicana para el Tratamiento y Control de la Diabetes (SSA 2001a), donde se indica que el manejo inicial de la persona enferma se hará mediante medidas no farmacológicas y se recomienda que esto se aplique de manera estricta por lo menos durante un periodo de seis meses.

Así, el manejo no farmacológico es la base para el tratamiento del paciente diabético y consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física y, por lo tanto, es responsabilidad del médico inducir al paciente a la adopción de estas medidas, condición necesaria para el control de la enfermedad a largo plazo.

Respecto al plan de alimentación, Ariza (1998) menciona que sus objetivos son: mantener cifras de glucemia normales o cercanas a lo normal; proporcionar las kilocalorías necesarias para mantener un peso adecuado en todas las etapas de la vida; lograr y mantener cifras óptimas del colesterol total, del colesterol de baja densidad (LDL), del colesterol de alta densidad (HDL), del colesterol de muy

baja densidad (VLDL) y de los triglicéridos; favorecer el control de la hipertensión arterial en caso de coexistir, y promover la salud y la buena calidad de vida.

El programa de ejercicio en personas con diabetes se debe fijar de acuerdo con su evaluación clínica, tomando en cuenta la edad, estado general de salud, evolución de la enfermedad, alimentación y medicamentos. En caso de que el médico no considere apropiado llevar un programa de ejercicio a causa de alguna contraindicación, debe ayudar al paciente a establecer un plan de estilo de vida físicamente activa como estrategia para evitar el sedentarismo.

En consecuencia, la persona que logra adherirse al plan de alimentación y al programa de actividad física debe ser capaz de mantener los niveles normales de glucosa (70-110 mg/dl) sin grandes cambios, excepto, como señalan Kilo y Williamson (1991), durante enfermedades, infecciones, cirugía, embarazo y otros padecimientos o situaciones que alteran el metabolismo.

Respecto al manejo farmacológico, éste se iniciará en caso de que no se alcancen las metas del tratamiento durante el periodo antes señalado, o bien desde fases más tempranas, cuando el médico tratante así lo juzgue pertinente, sobre todo en presencia de glucemia sintomática, y si a través del uso de medicamentos se logra el control de la glucosa, debe buscarse reducir su consumo e incluso excluirlo del tratamiento como se indica en esta modificación de la Norma Oficial Mexicana:

11.3.7 Si después de prescribir el manejo farmacológico se cumplen las metas del tratamiento con la aplicación combinada de ambos tipos de medidas, el médico tratante establece un plan para que, de acuerdo con el curso clínico del paciente, los fármacos se utilicen de manera auxiliar y, de ser posible, se logre el control exclusivamente mediante las medidas no farmacológicas (SSA, 2001a).

Incluso, la Secretaría de Salud en su Programa de Acción *Diabetes Mellitus* indica que “una alimentación adecuada y la actividad física muchas veces son suficientes para mantener al paciente bajo control bioquímico” (SSA 2001c: 41).

Lo anterior fortalece lo señalado por Mercado (1996), quien menciona que en la actualidad se cuenta con un arsenal científico y terapéutico que idealmente debiera ser exitoso, y lo indicado por la Asociación Americana de Diabetes (ADA): cuando menos en Latinoamérica la diabetes debería estar controlada, pues se tiene lo necesario para lograrlo (ADA 1999).

Sin embargo, la falta de adherencia terapéutica a los tratamientos prescritos se ha reportado como uno de los principales problemas para lograr tan anhelado control, aun cuando las actividades pilares del tratamiento de la diabetes parecen estar al alcance de las personas y, por consiguiente, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, lograr el control de esta enfermedad debe ser más fácil de lo

que hasta ahora ha resultado, pues de lo que se trata es de llevar una alimentación adecuada, según las recomendaciones del tratamiento nutricional, realizar ejercicio físico de acuerdo con las características de la persona, la ingesta de medicamentos y evitar comportamientos de riesgo, como peso corporal excesivo, colesterol HDL de menos de 35, niveles altos de triglicéridos, sedentarismo, dieta deficiente, etc.

Al respecto, Meichenbaum y Turk (1991) señalan que la evidencia del incumplimiento de las prescripciones terapéuticas es incuestionable gracias a las investigaciones que consiguen cuantificarlo, poniendo de manifiesto que entre la mitad y la tercera parte de los pacientes no cumplen los tratamientos. Ante este hecho, la respuesta más frecuente en el ámbito médico es culpar al propio enfermo por no cumplir el tratamiento prescrito, llegando a describirlo como desobediente, negligente, necio o irracional, entre otros calificativos (Mercado 1996; Cardoso 2000).

Uno de los aspectos que ha generado este problema es que los estilos de vida, las condiciones materiales de existencia y las actividades cotidianas de la persona enferma, no son consideradas en el momento de generar las estrategias institucionales de atención y, de igual manera, se soslayan estos aspectos al crear el tratamiento que han de seguir, de manera particular, las personas que solicitan los servicios de los profesionales de la salud.

Por lo anterior, el presente informe analiza, entre otros elementos, cómo influye sobre el tratamiento y control de la diabetes la zafra, principal actividad económica de Mata Clara y El Manantial, la cual condiciona la vida cotidiana de estas comunidades, con la finalidad de ofrecer información sobre estos aspectos a los profesionales de la salud encargados de diseñar los planes de tratamiento en la región y de esta manera coadyuvar a la creación de programas que satisfagan las necesidades sanitarias de estas poblaciones.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tipo de estudio

- Cualitativo.

La exploración de las experiencias de las personas en su vida cotidiana (Mayan 2001) para conocer la forma en que interpretan su experiencia y cómo usan esas interpretaciones para guiarse en la forma de vivir (MacQueen 2002).

Diseño

- Descriptivo
- Analítico
- Interpretativo

Área de estudio y participantes

El área de estudio es la congregación de Mata Clara y el ejido El Manantial, ambos pertenecientes al Municipio de Cuitláhuac, Veracruz. Los participantes fueron cuatro varones cortadores de caña, mayores de 25 años de edad, con diabetes tipo 2 y por lo menos un año de haberseles diagnosticado la enfermedad. Cuatro varones sin diabetes, de distintas edades, cuya actividad laboral se relacionara con la zafra para contrastar la información concerniente a la vida diaria de los cortadores de caña. Además se recopiló información con las familias de cada uno de los participantes.

Informante 1	Varón de 52 años de edad, cortador de caña, tiempo de evolución de la diabetes indefinido, con 7 meses de padecer las complicaciones secundarias de su enfermedad
Informante 2	Varón de 50 años, cortador de caña, con 15 años de padecer diabetes sin complicaciones secundarias
Informante 3	Varón de 54 años, con 8 años de padecer diabetes, regador de líquido, también ha cortado caña en ocasiones
Informante 4	Varón de 42 años, representante de cuadrilla
Informante 5	Varón de 75 años, cortador de caña, no padece diabetes
Informante 6	Varón de 48 años, ingeniero de profesión, laboraba en el ingenio azucarero, sin diagnóstico de diabetes
Informante 7	Varón de 46 años, sin diabetes, regador de líquido, también ha cortado caña en ocasiones
Informante 8	Varón de 28 años, sin diabetes, repartidor de pizzas y manejaba un camión para transportar caña

Métodos

- Fenomenología.

Estudia las realidades cuya naturaleza y estructura sólo pueden ser captadas desde el marco de referencia interna del sujeto que las vive y experimenta (Martínez

2001) y la forma como los hombres comunes de una sociedad construyen y re-construyen el mundo de la vida diaria a través del conocimiento y la interacción, y especialmente cómo proceden para producir y experimentar la vida cotidiana (Mercado 1996).

- Observación.

Procedimiento de recogida de datos que nos proporciona una representación de la realidad, de los fenómenos en estudio. En él intervienen las percepciones del sujeto que observa y sus interpretaciones del objeto observado (Rodríguez *et al.* 1999).

Estrategias y técnicas de obtención de información

- Entrevistas con profundidad.

Mediante entrevistas abiertas se obtuvo información sobre el diario vivir de los cortadores de caña respecto a la zafra y la diabetes, y por qué no se ha logrado su control, procurando obtener las ideas, creencias y supuestos de estas personas. Las entrevistas se realizaron en el medio donde los informantes desarrollan su vida cotidiana, bajo situaciones diversas: trabajo, hogar, recorriendo el lugar, etc.

- Registros observacionales.

La información recabada en las entrevistas fue registrada en el diario de campo con el fin de triangularla. Se hicieron grabaciones en audio y video.

Recogida de datos

Se realizaron dos visitas de reconocimiento, de una semana cada una, a las comunidades de estudio en los meses de enero y febrero de 2006, con la finalidad de contactar a los informantes. Los datos se recogieron durante diecisiete visitas posteriores, entre los meses marzo-diciembre de 2006 y enero-julio de 2007. Las visitas se realizaron durante una semana completa por mes. Los datos fueron recogidos por los autores del presente. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas en computadora.

Codificación y análisis de los datos

La codificación se realizó de manera manual, bajo los siguientes procedimientos propuestos por Miles y Huberman (1994).

1. Reducción de datos

Se seleccionó la información para hacerla abaricable y manejable, labor que constó de tres actividades:

- a) Separación en unidades. Con base en criterios temáticos, el conjunto global de datos se separó en unidades que resultaban relevantes y significativas para el presente estudio.
- b) Identificación y clasificación de unidades. Se examinó cada una de las unidades de datos, identificando determinados componentes temáticos que permitieran clasificarlas en varias categorías de contenido.
- c) Síntesis y agrupamiento. Se sintetizó en metacategorías la información contenida en varias categorías que tenían algo en común.

2. Disposición y transformación de datos

Para analizar la información fue necesario disponerla como un conjunto de datos ordenados.

3. Obtención y verificación de conclusiones

Desde el momento de reducir los datos, separar, identificar y clasificar las unidades, se obtuvieron algunos resultados y conclusiones. Se confirmó que los resultados correspondieran a los significados e interpretaciones que las personas entrevistadas atribuyen a la realidad, mediante el intercambio de opiniones con otros investigadores y triangulación de la información. Otro elemento que se utilizó para verificar las conclusiones fue mostrar los resultados a una persona, a quien los habitantes de Mata Clara y El Manantial reconocen como su portavoz, para confirmar que lo ante él expuesto correspondiera con la realidad de las personas de estas comunidades.

RESULTADOS

Cuitláhuac. El contexto

El municipio de Cuitláhuac se ubica en la zona central del estado de Veracruz, México, en las estribaciones de la parte intermedia de la montaña y la llanura, y tiene una superficie de 129.96 km². Limita al norte con Atoyac y Paso del Macho, al este con Carrillo Puerto, al sur con Omealca y al oeste con Yanga (Antecedentes Históricos de Cuitláhuac 2000).

Se encuentra regado por los ríos Atoyac, Blanco, Seco y Cotaxtla. Su clima es cálido-seco-regular, con una temperatura promedio de 25.2 °C. Su suelo en gran

porcentaje se utiliza para la agricultura y se caracteriza por su poca susceptibilidad a la erosión (Enciclopedia de los Municipios de México 2005).

Mata Clara y El Manantial, dos comunidades acogedoras

Mata Clara y El Manantial son, respectivamente, una congregación y un ejido pertenecientes al municipio de Cuitláhuac. Mata Clara cuenta con más y mejores servicios, algunas de sus calles están pavimentadas, las demás son de terracería, arregladas con maquinaria que envía el municipio. Las calles de El Manantial son de terracería y se encuentran en mal estado. Ambas comunidades tienen luz eléctrica, drenaje y red de agua potable, aunque estos servicios no están presentes en todas las viviendas.

En su mayoría, las casas son de tabique, techos y pisos de cemento, cuentan con varias ventanas para tener buena ventilación debido a la temperatura ambiente, además tienen el propósito de comunicar con los terrenos aledaños, pues casi siempre los vecinos son familiares. También tienen un traspatio donde siembran árboles frutales, legumbres y yerbas medicinales, entre otros.

En su mayoría, los habitantes de estas localidades son creyentes católicos y acuden a misa los domingos, aunque otras religiones han construido templos en Mata Clara, como la Iglesia Adventista, y aunque han ganado adeptos, el catolicismo es la religión predominante.

En lo referente a la atención sanitaria, Mata Clara cuenta con un Centro de Salud donde se presta servicio médico a ambas comunidades, en dicha institución ofrecen consulta: un médico general, un médico pasante de servicio social y de dos a cuatro enfermeras. Asimismo, una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada cerca del centro del municipio de Cuitláhuac, brinda atención a las dos comunidades. Quienes requieren consulta de especialidad son canalizados a clínicas de Córdoba u Orizaba.

En ambas localidades una gran cantidad de personas han enfermado de diabetes, incluso hay familias donde todos sus integrantes la padecen, y ya se han presentado casos de amputaciones de extremidades inferiores, retinopatía, daño renal y muertes asociadas a dicha enfermedad.

Dos temporadas de trabajo

La principal actividad económica de estas comunidades es el cultivo de caña de azúcar, por lo que la temporada de trabajo se divide en dos periodos: la época de la guayaba y la época de zafra. De mediados de mayo a mediados de noviembre

es época de la guayaba, también conocida como “tiempo de lluvias”, “tiempo de aguas” o “tiempo muerto”. En esta época la caña de azúcar está madurando, por lo que no hay trabajo para la mayoría de las personas de estas localidades.

En este periodo de tiempo los trabajadores no cuentan con seguro social, por lo que, en caso de enfermedades, deben acudir al Centro de Salud para recibir atención médica, o recurren a la automedicación. Otra alternativa para aliviar sus malestares es la ingesta de infusiones, elaboradas a base de yerbas medicinales y aguardiente.

El corte de limón es una actividad que se realiza durante esta época, puede ser realizada por hombres y mujeres. Un inconveniente de cortar limón es lo mal pagado que resulta, por una caja obtienen entre cinco y seis pesos. En diez horas que se trabaja por día se corta en promedio doce cajas, obteniendo un pago de aproximadamente \$60.00 diarios.

A principios de noviembre en ambas comunidades se alistan para el inicio de la época de zafra. Los ingenios azucareros ya han mandado la orden sobre las hectáreas de caña que van a ser cortadas, los ejidatarios se organizan junto con los trabajadores para iniciar con sus labores, se preparan las cuadrillas de cortadores, el cabo, los cargadores, los transportistas, y demás personas que intervienen en ella, para cumplir con su obligación, incluso las mujeres se disponen a poner el lonche para los cortadores, el cual es el único alimento que consumirán durante su jornada laboral.

La época de zafra es la de mayor importancia y, al ser la principal fuente de ingresos para las familias, la mayoría de las actividades cotidianas giran en torno a ésta. Con la llegada de esta temporada se vive un ambiente de fiesta, pues ha llegado un periodo de tiempo donde no va a faltar “ni trabajo, ni centavos”.

Al inicio de la zafra se lleva a cabo una junta entre los ejidatarios, representantes de cuadrilla, representantes del ingenio, comisariado ejidal y agente municipal, para informar sobre el pago del corte de caña, la integración de las cuadrillas, la entrega de herramientas, etc., posteriormente el representante de cuadrilla comunica a los cortadores los pormenores de la misma.

En promedio, un cortador de caña puede percibir entre ochocientos y mil cuatrocientos pesos a la semana, “depende de las ganas que se le ponga”, su día laboral inicia a las seis de la mañana, hora en que lo recoge una camioneta que lo traslada al “cañal” programado para ser cortado y termina entre las cuatro y cinco de la tarde, tiene un descanso de una o dos horas al medio día, cuando el sol “pega más fuerte”. Durante la época de zafra los cortadores cuentan con seguro social, prestación que se les retira a los 60 días de terminada ésta.

La primera actividad en esta temporada es el corte de caña “cruda” (caña sin quemar), la cual tiene como finalidad probar y echar a andar la maquinaria de los ingenios. A los cortadores se les paga un poco más por esta actividad, debido a que resulta más laboriosa. Terminado el corte de caña “cruda”, con el objetivo de aumentar la producción del ingenio y facilitar el corte de la caña, se inicia la quema de los “cañales”, consiguiendo un ahorro en tiempo, dinero y esfuerzo.

Iniciando el mes de mayo, casi ha terminado la temporada de zafra, los ingenios han mandado la orden de terminar para el día diecisiete del mes y todos se preparan para iniciar con la época de la guayaba. La zafra termina con la “viuda”, una fiesta que organiza el representante de cuadrilla para los trabajadores, como agradecimiento por el esfuerzo ofrecido.

La zafra es una actividad que promueve el consumo de alcohol, el cual se utiliza como una fuente de energía que permite a los cortadores de caña realizar su trabajo, una medicina para afrontar malestares corporales derivados de sus labores, además, funciona como el adaptador social que les permite integrarse a la cuadrilla de cortadores.

Para mostrar las repercusiones que tiene la zafra en el tratamiento de la diabetes y por qué los cortadores de caña de estas comunidades persisten en sus patrones de comportamiento, aun sabiendo sobre las consecuencias a las que se enfrentarán, en el apartado siguiente se ofrece una explicación sobre cómo esta actividad se contrapone a los tres pilares del tratamiento de la enfermedad.

Repercusiones de la zafra en el tratamiento de la diabetes

Como se señaló anteriormente, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, cambiar los hábitos alimentarios, realizar ejercicio físico, la ingesta de medicamentos y evitar comportamientos de riesgo, son aspectos asequibles para las personas con diabetes, empero esto se torna complicado para los cortadores de caña que padecen esta enfermedad, pues su actividad, además de promover el consumo de alcohol, no les permite adherirse al plan alimentario, no favorece la realización de ejercicio físico e indirectamente obstaculiza la ingesta de medicamentos debido a los altos costos y la limitada percepción económica a la que tienen acceso.

Plan alimentario

De acuerdo con Ariza (1998) el plan de alimentación debe cumplir, entre otros, los siguientes aspectos:

1. Distribución de las ingestas de acuerdo con horario laboral y programa de actividad física.
2. Aporte calórico de acuerdo con: edad, sexo, talla, peso (a mantener o modificar) y tipo de actividad física (laboral o deportiva).
3. Adecuada cantidad de hidratos de carbono de absorción lenta (papas, pan, arroz, sopa de pasta y legumbres) en proporción no inferior al 50% del aporte calórico total.

La alimentación de los cortadores de caña no cumple con los aspectos antes señalados. Por una parte los horarios en que realizan su labor les permite comer únicamente en dos ocasiones al día: la primera a media mañana, cuando el sol se encuentra a plenitud y dificulta sus labores, lo que aprovechan para hacer una pausa y consumir el lonche que llevan o les envían de su casa; la segunda se realiza por la tarde o noche al regresar a sus hogares.

Reportan no comer en más ocasiones al día, pues implicaría hacer otras pausas en la realización de su labor, lo que se reflejaría en el dinero que perciben por su trabajo y afectaría su economía, “lo que gano apenas me alcanza, si agarro más tiempo para comer o descansar, voy a cortar menos caña y si lo que gano ’orita que trabajo todo el día, casi no alcanza, menos si a cada rato dejo de cortar caña pa’ irme a comer”.

Otra causa por la que no realizan otra comida al día es porque “uno ya está acostumbrado a comerse el lonche y ya no comer otra cosa hasta llegar a la casa, cuando uno come de más, se pone uno pesado y no se puede cortar caña, ‘ora sí que se debe comer lo que el cuerpo pide pa’ sentirse a gusto y poder trabajar”.

El aporte calórico no es un aspecto que tomen en cuenta para consumir sus alimentos, se come: “lo que a uno lo llena, yo me siento bien con mis taquitos de frijol con polvo de oro [salsa típica de la región], yo creo que es una buena comida porque me llena y con eso me siento bien, luego uno come tantita carne pero pues no hay mucha diferencia, la comida es para que se quite el hambre, no importa lo que sea, nomás que llene”.

Aunado a lo anterior, el ingreso económico de un cortador de caña de estas comunidades no permite adquirir ciertos alimentos prescritos por el médico, “el doctor nos dice que compremos otras cosas para comer, pero son cosas que no se consiguen fácilmente, además pu’s luego a uno no le alcanza pa’ comprar de todo, la verdura está muy cara y no se diga la carne, por eso uno compra lo que puede y eso es lo que se hace de comer en la casa”.

Plan de actividad física

Respecto al ejercicio físico, los cortadores de caña tienen la creencia de que la actividad que realizan en su jornada de trabajo es suficiente, “qué más ejercicio quiere que haga, todo el día uno se la pasa moviéndose, caminando, agachándose y levantándose, no es una caña la que se corta, son cientos de cañas y todo el día uno hace lo mismo [además de esto, señalan no contar con tiempo para hacer otro tipo de actividad física]. Todo el día se la pasa uno en el trabajo, ya llega uno bien tarde a la casa a comer y nomás da tiempo de estar un rato con la familia”.

El desgaste físico al que se someten en su jornada laboral es otro aspecto que no les permite la realización del ejercicio físico prescrito para el tratamiento de la diabetes, “termina uno cansado, adolorido, esto de aquí no se siente [señalando sus hombros], las piernas tiemblan sobre todo al principio de la zafra y cuando se corta cruda [la caña], no pu’s ya no hay fuerzas para hacer otra cosa, ni para salir con la familia”.

Sin embargo, es importante señalar que la actividad física realizada por los cortadores de caña, no puede sustituir el ejercicio físico prescrito en el tratamiento para el control de la diabetes, ya que no cumple las características del mismo, como son: tener una continuidad, no ser lesivo y realizarse durante periodos de tiempo definidos.

Con respecto a la continuidad, los cortadores de caña realizan actividad física durante la época de zafra, no obstante, durante la época de la guayaba dicha actividad es intermitente, incluso llegan a mantener largos periodos de sedentarismo.

En cuanto a que la actividad física no debe ser lesiva, es otra característica que tampoco cumple la actividad de los cortadores de caña, pues provoca diversos padecimientos, los cuales dificultan continuar con la actividad, entre otros: torceduras musculares, luxaciones e incluso fracturas.

Con referencia a que la actividad física debe realizarse durante periodos de tiempo definidos, la zafra, a pesar de que se realiza durante varias horas al día y alrededor de seis meses, no permite establecer cambios metabólicos, cardiovasculares, respiratorios y hormonales como cuando se realizan rutinas de ejercicio aeróbico por periodos de 20 a 40 minutos.

Aunado a lo anterior, el corte de caña produce desgaste físico entre quienes realizan esta actividad, mientras que el plan de ejercicio tiene como finalidad el aumento de la condición física.

Ingesta de medicamentos

En referencia a los medicamentos, la principal dificultad que los cortadores de caña señalan para adherirse a esta parte del tratamiento, es que les representa un gasto económico importante, “gano apenas para dar un poco de dinero en la casa, luego los hijos piden, necesitan que pa’ la escuela, que pa’ vestirse, enfermarse sale caro, se gasta uno sus buenos centavos en ir al doctor y las medicinas, como quiera que sea, uno está fuerte pero los niños no, ellos necesitan más cuidados, uno como quiera se aguanta, pero ellos no”.

Por lo anterior, se prefiere recurrir a formas alternas de atención a sus malestares: yerberos, naturistas, remedios caseros, etc., las cuales implican un gasto económico menor

[...] depende de qué es lo que tenga uno, pero aquí se acostumbra mucho tomar té de yerbas para aliviar enfermedades como el dolor de estómago, para eso de la diabetes [*sic*], el cun de amor [una hierba] es muy buena, hay otra planta que se llama oreja de burro y que dicen que baja el azúcar, uno tiene que aprender a usar estas yerbas porque sale más barato que comprar la medicina, fíjese, una caja que compré para eso de la azúcar me salió como en setenta pesos y son unas pastillas bien chiquitas, no pues así no alcanza.

El consumo de alcohol

Además de contraponerse a los tres aspectos fundamentales del tratamiento de la diabetes —plan alimentario, ejercicio físico y la toma de medicamentos—, la zafra promueve entre los cortadores de caña el consumo de alcohol, el cual, además de ser un factor desencadenante de esta enfermedad, está contraindicado en su tratamiento.

Sin embargo, los cortadores de caña refieren que este consumo de alcohol es esencial para realizar su actividad, pues les permite afrontar malestares corporales derivados de la misma: dolores musculares, el mal de orín y los escalofríos.

El “envaramiento” de brazos y manos por el uso de la moruna (machete utilizado para el corte de caña quemada) es un malestar corporal que presentan con frecuencia, el cual explican aludiendo a que después de la inactividad de la época de la guayaba, se ven sometidos a un cambio brusco en su actividad física, “como que el cuerpo está frío y como que cuesta pa’ agarrarle el ritmo, anda uno todo cansado, adolorido”.

Con este malestar “sientes que los brazos te duelen hasta los huesos, yo le decía a la señora [su esposa]: ‘sóbame’ y era una desesperación, un dolor, como si me estuvieran clavando clavos en los huesos, y el dolor y el dolor, ¡pa’su gallo!, y no me dejaba dormir y pa’l otro día me iba a trabajar y era lo mismo, no podía ni con la moruna, no tenía fuerza pa’ dar el golpe”.

Cuando los dolores aparecen, el cortador reporta no rendir en su trabajo, “cortas menos caña”, y durante el día son frecuentes los dolores, “se anda uno quejando todo el día, luego ni puedes hacer nada, y si uno no sabe cómo hacerle, pu’s ya estuvo que no pudiste trabajar y eso se ve en lo que uno gana, al ingenio no le importa si estás malo o si no puedes trabajar, ellos lo que quieren es que cortes caña y entre más cortes, pa’ ellos mejor, pero no se fijan en lo que le pasa a uno”.

Una forma de disminuir los dolores del “envaramiento” es por medio de “unos golpes de la misma moruna, se pega uno [en la parte adolorida], se da uno unos golpecitos con el mango de la moruna o con esto [señalando la parte donde la hoja de la moruna no tiene filo], y como que baja el dolor”, sin embargo, reportan que mediante el consumo de alcohol, en este caso preparado con una hierba conocida como “la maistra”, es como se produce un alivio, “te echas un trago del fuerte con maistra y deja de doler, quién sabe por qué, pero de que se quita, se quita”.

El “mal de orín” se manifiesta a través de dolor, ardor y disminución en la frecuencia de las micciones, además, es frecuente la presencia de sangrado en la orina, “cuando tienes mal de orín te dan muchas ganas de ir al baño, sientes que no te aguantas, cuando quieres hacer del baño no puedes, no sale nada y te arde mucho tu parte, y en el vientre se siente un calor insoportable y tienes ganas pero no haces, una o dos gotitas salen y tú quisieras que saliera todo pero no, sólo unas gotas y sigues con ganas”. Señalan que además de dolores y ardores, en ocasiones puede presentarse sangrado, “si logras orinar, se ve como un hilito de sangre, pero no haces mucho, tienes ganas de hacer más, pero ya no sale y luego hasta la panza duele”.

Este malestar dificulta la realización de su trabajo, “te sientes desesperado, como que necesitas algo y te pones de malas y luego ni puedes trabajar, es incómodo, no te deja hacer las cosas que necesitas, en veces tiene uno que irse pa’ la casa porque a cada rato quieres ir al baño y ni puedes seguir cortando caña”.

Para afrontar este malestar, los cortadores recurren al consumo de aguardiente preparado con “la maistra” o con algunos bejucos como “el guaco”, mediante el cual reportan sentir mejoría, “con un trago de aguardiente preparado te pones mejor, se te quitan las ganas de orinar, y cuando te dan ganas ya puedes hacer un poco más y con menos dolor”.

Respecto a los escalofríos, reportan que cada vez que se van a la sombra, como sucede durante el lonche, después de estar laborando bajo los rayos del sol, su cuerpo es recorrido por una sensación de temblores y fríos. Para aliviar este malestar se toman un trago de aguardiente, pues éste “te normaliza y te calienta”.

“La primera vez que corté caña, sentí que mi cuerpo temblaba y un escalofrío como cuando uno se enferma, uno de los que estaban con nosotros me dijo que

me tomara un trago de alcohol y que con eso, porque lo que tenía era un enfriamiento del cuerpo. Me lo tomé y me sentí mejor”.

Debido a este malestar, incluso hay quienes deben suspender su trabajo “por lo fuerte que les pega eso del escalofrío, a veces necesitan descansar, se echan su trago y ya quieren seguir su trabajo, pero como yo estoy encargado de ellos, y es que los veo cómo se ponen, ya mejor los descanso y que se recuperen en su casa, y ya pa’l otro día Dios dirá”.

El consumo de alcohol es la manera más efectiva que los cortadores de caña han encontrado para afrontar los malestares corporales derivados de su actividad, reportando obtener un alivio rápido y duradero, lo que además les permite trabajar durante el día y descansar por las noches, aspecto que se refleja en su percepción económica.

Por lo anterior, el consumo de alcohol es aprobado por los habitantes de estas localidades, siempre que sea para rendir en el trabajo, por ello se hace la diferenciación entre “tomador”, quien ingiere alcohol por las razones anteriores, y “borracho”, aquel que lo ingiere sin aparente necesidad “más que por vicio”, lo que conduce al abandono de su trabajo.

CONCLUSIONES

Con lo hasta aquí señalado podemos decir que la zafra, principal actividad económica de Mata Clara y El Manantial, implica un desgaste físico importante para los cortadores de caña de estas localidades; además, no les permite adherirse al tratamiento médico necesario para controlar sus niveles de glucosa; consecuentemente, ya se han reportado casos de amputaciones, ceguera y daño renal, entre otras complicaciones propias de la diabetes.

Aunado a lo anterior, el corte de caña promueve el consumo de alcohol dentro de estas comunidades porque se le considera una fuente de energía complementaria a los alimentos, un medicamento que sirve para afrontar malestares corporales y funciona como el adaptador social a su grupo de trabajo.

Entonces, aquellos aspectos que, desde la perspectiva de los profesionales de la salud encargados de generar las estrategias sanitarias de atención a la diabetes, no deben presentar dificultad para llevarse a cabo y por ende conducir a las personas al control de su enfermedad, para los cortadores de caña se tornan complicados, pues no es posible cambiar aquellos hábitos alimentarios y de actividad física que han desarrollado a lo largo de su vida, principalmente cuando son vistos como cambios que atentan contra sus labores cotidianas, que ponen en peligro su principal ingreso económico, lo que pone en riesgo la subsistencia de sus comunidades.

Finalmente, culpar a los enfermos de su condición, soslayando su cultura, su actividad económica y su diario vivir, ha generado como consecuencia que los cortadores de caña presenten un deterioro físico importante, entre los 40 y 45 años de edad su estado de salud no les permite continuar trabajando y, en muchos casos, alrededor de los 50 años fallecen, cuando en generaciones anteriores aún se podía ver a los varones de entre 60 y 70 años realizando alguna labor y la muerte se esperaba entre los 90 y los 100 años.

REFERENCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION

- 1999 Recomendaciones para la práctica clínica. Recomendaciones y principios sobre nutrición para personas con *diabetes mellitus*, *Diabetes Care*, 22 (suppl 1): 42-45.

ALVARADO OSUNA, CLAUDIA, FELICIANO MILIÁN SUAZO Y VICTORIA VALLES SÁNCHEZ

- 2001 Prevalencia de la *diabetes mellitus* e hiperlipidemias en indígenas otomíes, *Salud Pública de México*, 43: 459-463.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE CUITLÁHUAC

- 2000 Documento de divulgación interna de la biblioteca Lázaro Cárdenas del Río. Obtenido el 8 de diciembre de 2006, otorgado por el bibliotecario J. Pérez Robles.

ARIZA, RAÚL

- 1998 Tratamiento nutricional en la *diabetes mellitus*. *Medicina Interna de México*, 14: S23-S28.

BARQUERA, SIMÓN

- 2003 Prevención de la *diabetes mellitus*: un problema mundial, *Salud pública de México*, 45(5): 413-414.

CARDOSO, MARCO ANTONIO

- 2000 La confrontación cultural, factor determinante para el control de la *diabetes mellitus* tipo 2. Una perspectiva multidisciplinaria, *Investigación en Salud*, 2: 110-116.

ENCICLOPEDIA DE LOS MUNICIPIOS DE MÉXICO

- 2005 [en línea] Centro Nacional de Desarrollo Municipal, Gobierno del Estado de Veracruz, disponible en <http://www.e-local.gob.mx/wb2/ELOCAL/EMM_veracruz> [Consulta 23 de junio de 2007].

FEDERACIÓN MEXICANA DE DIABETES

- 2003 [en línea] Diabetes en números, México, disponible en <<http://www.fmdiabetes.com/diabetes/dnumeros.asp#Mexico>> [Consulta 25 de febrero de 2004].
- 2007 [en línea] Diabetes en números, disponible en <<http://www.fmdiabetes.com/www/diabetes/dnumeros.asp>> [Consulta 27 de abril de 2007].

GINARTE, YURELIS

- 2001 [en línea] La adherencia terapéutica, disponible en <<http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5029,00.html>> [Consulta 25 de noviembre de 2003].

KILO, CHARLES Y JOSEPH WILLIAMSON

- 1991 *Controle su diabetes*, Limusa, México.

MACQUEEN, KATHLEEN

- 2002 [en línea] Introducción: Enriquecimiento de los hechos y las cifras, disponible en <<http://www.reproline.jhu.edu/spanish/6read/6issues/network/v22-2/ns2221.html>> [Consulta 18 de Mayo de 2004].

MARTÍNEZ, MIGUEL

- 2001 *Comportamiento humano: nuevos métodos de investigación*, Trillas, México.

MAYAN, MARÍA

- 2001 [en línea] Una introducción a los métodos cualitativos. Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales, disponible en <<http://www.ualberta.ca/iiqm//pdfs/introduccion.pdf>> [Consulta 19 de febrero de 2004].

MEICHENBAUM, DONALD Y DENNIS TURK

- 1991 *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*, Desclée de Brouwer, Bilbao.

MERCADO MARTÍNEZ, FRANCISCO JAVIER

- 1996 *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara.

MILES, MATTHEW Y A. MICHAEL HUBERMAN

1994 *Qualitative data analysis*, Sage Thousand Oaks.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

2008 [en línea] Nota descriptiva N°312. Diabetes, disponible en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>> [Consulta 13 de enero de 2009].

RODRÍGUEZ GREGORIO, JAVIER GIL Y EDUARDO GARCÍA

1999 *Metodología de la investigación cualitativa*, 2ª edición, Aljibe, Granada.

RODRÍGUEZ M., JOSÉ RAYMUNDO, JUAN MANUEL LÓPEZ C., JESÚS RODRÍGUEZ P. Y JOSÉ ALFREDO JIMÉNEZ MÉNDEZ

2003 Características epidemiológicas de pacientes con diabetes en el estado de México, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 41: 383-392.

SECRETARÍA DE SALUD

2001a [en línea] Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, página web de la Secretaría de Salud, disponible en <<http://www.ssa.gob.mx/unidades/cdi/cgi-bin/wxis/unidades/cdi/data/iah/>> [Consulta 15 de agosto de 2006].

2001b [en línea] Principales causas de mortalidad general, 2001, Nacional, disponible en <<http://www.salud.gob.mx>> [Consulta 04 de julio de 2003].

2001c [en línea] Programa de acción para la diabetes mellitus, disponible en <http://www.ssa.gob.mx/docprog/estrategia_3/diabetes_mellitus.pdf> [Consulta 13 de septiembre de 2004].

2002 [en línea] Comunicado de prensa No. 027, 1 de marzo de 2002, disponible en <http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2002-03-01-027-PERSONAS-CON-DIABETES.htm> [Consulta 23 de marzo de 2002].

2008 [en línea] Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, disponible en <<http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pnscap1.pdf>> [Consulta 13 de septiembre de 2008].

TIERNEY, LAWRENCE M., STEPHEN MCPHEE STEPHEN Y A. MAXINE PAPADAKIS

2006 *Diagnóstico clínico y tratamiento*, 4ª edición, Manual Moderno, México.

VÁZQUEZ ROBLES, M. Y J. ESCOBEDO DE LA PEÑA

- 1989 Análisis de la mortalidad por *diabetes mellitus* en el Instituto Mexicano del Seguro Social (1979-1987), *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 28: 157-170.

VELÁZQUEZ M., OSCAR, AGUSTÍN LARA E. Y ADRIANA PEÑA CRUZ

- 2003 [en línea] La diabetes en México, disponible en <<http://www.fep.paho.org/diabetesbul/spanish/section2.asp>> [Consulta 4 de julio de 2003].

