



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES  
EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

**UN DULCE SUFRIMIENTO. EXPERIENCIAS Y DRAMAS  
SOCIALES DE LA DIABETES Y LAS AMPUTACIONES  
DERIVADAS DE SU COMPLICACIÓN EN KINCHIL,  
YUCATÁN**

**T E S I S**

**QUE PARA OPTAR AL GRADO DE  
MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

**P R E S E N T A**

**ARACELLY MARÍA PEREIRA PATRÓN**

**DIRECTOR DE TESIS**

**Dr. Enrique Eroza Solana**

**San Cristóbal de Las Casas, Chiapas; Febrero de 2015**



**CENTRO DE INVESTIGACIONES  
Y ESTUDIOS SUPERIORES  
EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**



**MAESTRÍA EN ANTROPOLOGIA SOCIAL  
OCCIDENTE-SURESTE**

**PROMOCIÓN 2012-2014**

---

**COMITÉ DE TESIS**

Título:

UN DULCE SUFRIMIENTO. EXPERIENCIAS Y DRAMAS SOCIALES DE LA DIABETES Y LAS AMPUTACIONES DERIVADAS DE SU COMPLICACIÓN EN KINCHIL, YUCATÁN

Alumna:

Aracelly María Pereira Patrón

DIRECTOR:

Dr. Enrique Eroza Solana

LECTORAS:

Dra. Graciela Freyermuth Enciso

Dra. Clara Juárez Ramírez

Dra. Patricia Fortuny Loret de Mola



# AGRADECIMIENTOS

A mi madre, Aracelly María del Socorro Patrón Castillo, por estar siempre junto a mí, ser mi amiga incondicional y por enseñarme la alegría de vivir.

A mi padre, José Abelardo Pereira Chel, por demostrarme que el esfuerzo y la dedicación que uno le imprime a sus proyectos son la clave para el éxito.

A mis hermanos, en especial a mi hermanita Alejandrina porque su apoyo resultó invaluable para la redacción de esta tesis. Además, trajo a este mundo a la niña hermosa que forma parte importante de la alegría en mi vida.

A Iser Burgos, por ser mi compañero, por su apoyo, su cariño y por darme siempre ánimos y escucharme cuando más lo he necesitado.

A todos y cada uno de mis profesoras y profesores del CIESAS-Sureste pero, quiero reconocer a quienes dejaron una huella indeleble en mi formación académica y personal. A la Dra. Carolina Rivera, por ser tan chida, sincera e inteligente; a la Dra. Carmen Fernández por mostrarnos el lado humano de la investigación social, así como el compromiso que debemos tener hacia los actores sociales; a la Dra. Patricia Ponce, fue una experiencia increíble conocerla; al Dr. Rubén Muñoz, por su esfuerzo y dedicación como profesor e investigador; a la Dra. María Elena Martínez, por estar siempre feliz y transmitir su alegría; al Dr. Andrés Fábregas, porque conocerlo representa una maravillosa experiencia y escucharlo siempre me ha emocionado.

A mi asesor, Dr. Enrique Eroza por su acompañamiento a lo largo del proceso y por sus atinados comentarios para el mejoramiento de esta tesis.

A mis lectoras, ya que, sus sugerencias enriquecieron el trabajo. A la Dra. Graciela Freyermuth, por su simpatía, sinceridad y por la forma tan sencilla que tiene de transmitir sus conocimientos. A la Dra. Clara Juárez, por apoyarme en todo momento y depositarme su confianza. A la Dra. Patricia Fortuny por creer en mí y en mi trabajo. Infinitas gracias a las tres.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por la beca que me brindó durante los estudios de la Maestría en el CIESAS-Sureste.

A mis compañeras y compañeros de la Maestría, conocerlos significó una gran enseñanza en el ámbito personal. Pero, quiero agradecer la amistad de quienes estuvieron siempre a mi lado: Rosario Hernández, Gabriela Gil, Claudia Morales y Ernesto Cruz Kanter.

Al personal administrativo del CIESAS-Sureste. Especialmente a Raúl Gutiérrez, por su paciencia y solicitud en su trabajo, a Sari Ruiz, a Karla Thomas, a don Eduardo Pérez y a doña Manuela Gutiérrez.

A todas y cada una de las personas que conocí en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, por haber hecho que mi estancia fuera feliz y un tanto comfortable.

A mis amigos y amigas de Kinchil. A doña Lupe y a don Yucho, por socorrerme cuando más lo necesité, por brindarme su amistad y presentarme a sus familiares. A doña Antonia y don Froylán, por invitarme en repetidas ocasiones a comer en su casa. A doña Rosa, por los momentos en los cuales me compartió sus deliciosos antojitos. A mi tocaya Chelly, por enseñarme con sus actos que al mal tiempo siempre se le debe anteponer buena cara.

A las voluntarias de salud de Kinchil, Yucatán.

A mis entrevistados, entrevistadas y sus familias. A doña Magali (e.p.d.) y a sus hijas; a doña Elvira, don Modesto y Rosalba; a don Chelín, doña Basilia, Librada y Teresa; a don Pedro, doña Mari y Romualda. Mil gracias por enseñarme que el amor a la vida es más fuerte que los pesares presentados en ella.

# RESUMEN

UN DULCE SUFRIMIENTO. EXPERIENCIAS Y DRAMAS SOCIALES DE LA DIABETES Y LAS AMPUTACIONES DERIVADAS DE SU COMPLICACIÓN EN KINCHIL, YUCATÁN

Aracelly María Pereira Patrón

El objetivo de la investigación es describir y analizar la experiencia de dos hombres y dos mujeres que padecen diabetes de tipo 2 y han sufrido varias amputaciones así como la experiencia de sus familiares más cercanos en relación con los dramas sociales generados por la enfermedad en Kinchil, Yucatán. La diabetes es una enfermedad de alta incidencia en la población mexicana y este poblado yucateco no constituye la excepción. En un contexto de pobreza, marginación social, falta de oportunidades, rezago educativo, difícil acceso a la información, servicios públicos de salud deficientes, hábitos alimenticios basados en la ingesta al por mayor de carbohidratos y azúcares, la diabetes puede anidar y cobrar consecuencias incapacitantes o mortales. La población de Kinchil, por sus condiciones estructurales, se encuentra en vulnerabilidad para hacerle frente.

Se trata de una investigación cualitativa en la que la etnografía ocupa un lugar importante. Mediante entrevistas a profundidad se pudo documentar la experiencia tanto de las personas directamente ligadas a la enfermedad como la de aquellos que se encargaban del cuidado y atención de los discapacitados. La experiencia del padecimiento rescatada a través de las narrativas constituye el principal abordaje metodológico en esta investigación. En total se entrevistaron a 16 personas durante el trabajo de campo, esta sumatoria incluye a las cuatro personas con diabetes y amputaciones, los seis familiares, las cuatro voluntarias de salud, el médico y la enfermera de la clínica de Kinchil.

En este sentido, se destacan los dramas personales y sociales provocados por la enfermedad en un miembro de la familia. La cuestión del cuidado, es decir, de brindar apoyo y atención a las personas vulnerables en el contexto familiar es una variable fundamental en el estudio. Sobresale el apoyo constante de las mujeres de la familia. La experiencia con el padecimiento presenta singularidades concretas porque, en cierto grado, depende del género de la persona involucrada con la enfermedad y su entorno familiar, sociocultural y económico; además, se encuentra construida y alimentada por múltiples vivencias que si bien pueden ser semejantes a las de otros individuos, conservan particularidades independientes.

# ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	i
<b>RESUMEN</b> .....	iii
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	vi
<b>ÍNDICE DE MAPAS</b> .....	vii
<b>ÍNDICE DE ILUSTRACIONES</b> .....	vii

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
---------------------------	---

## **CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO**

1.0 Introducción.....	9
1.1 Diabetes y diabetes de tipo 2.....	9
1.2 Planteamiento del problema.....	18
1.3 Pregunta de investigación, objetivo general y particulares.....	21
1.4 Estado de la cuestión.....	22
1.5 Desarrollo conceptual.....	24
1.6 Perspectiva metodológica.....	33
1.7 Técnicas de investigación.....	34
1.8 Inicio del trabajo de campo.....	35
1.9 Caso fallido y excepcional, casos confirmados. Cuestiones éticas, grado de confianza y empatía con los entrevistados.....	36
1.10 Entrevistas a los actores sociales principales y a los familiares vinculados con la cuestión del cuidado.....	38
1.11 Sentimientos personales durante el trabajo de campo y despedida de mis entrevistados.....	40
1.12 Edición de las entrevistas y presentación de los casos.....	42
1.13 Conclusiones.....	43

## **CAPÍTULO 2: KINCHIL, CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN**

1.0 Introducción.....	44
1.1 Yucatán, ubicación geográfica y contextual.....	44

1.2 Historia del henequén en Yucatán.....	47
1.3 Kinchil, Yucatán.....	51
1.4 Demografía.....	52
1.5 Cuestión étnica.....	53
1.6 Viviendas y servicios.....	54
1.7 Educación.....	55
1.8 Actividades económicas.....	56
1.9 Alimentación.....	58
1.10 Recursos en salud.....	64
1.11 Conclusiones.....	68

### **CAPÍTULO 3: “MUJERES VIVIENDO Y SUFRIENDO DIABETES”**

1.0	
Introducción.....	69
1.1 Doña Magali.....	70
1.2 Análisis del caso.....	76
1.3 Doña Elvira.....	79
1.4 Análisis del caso.....	95
1.5 Comparación de los casos.....	98

### **CAPÍTULO 4: “HOMBRES VIVIENDO Y SUFRIENDO DIABETES”**

1.0 Introducción.....	101
1.1 Don Chelín.....	102
1.2 Análisis del caso.....	118
1.3 Don Pedro.....	123
1.4 Análisis del caso.....	138
1.5 Comparación de los casos.....	142

<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>145</b>
--------------------------	------------

<b>ANEXO.....</b>	<b>150</b>
-------------------	------------

<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>151</b>
--------------------------	------------

# ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Defunciones causadas por la diabetes de tipo 2 en México por año de Referencia.....	14
<b>Tabla 2.</b> Defunciones causadas por diabetes de tipo 2 en 2012 por Entidad Federativa.....	15
<b>Tabla 3.</b> Egresos hospitalarios de 2004 a 2012 causados por las complicaciones circulatorias periféricas de la diabetes de tipo 2 en Yucatán, clasificados por la institución de salud de referencia.....	17
<b>Tabla 4.</b> Población de Kinchil en tres lustros, diferenciada por género.....	53
<b>Tabla 5.</b> Derechohabencia a instituciones gubernamentales en salud.....	64
<b>Tabla 6.</b> Características socioeconómicas y de composición familiar de los Entrevistados.....	150



# ÍNDICE DE MAPAS

<b>Mapa 1.</b> República mexicana, resaltando Yucatán.....	45
<b>Mapa 2.</b> Yucatán dividido en regiones y municipio de Kinchil resaltado en la Región Poniente.....	47
<b>Mapa 3.</b> Kinchil y sus alrededores.....	52

# ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

<b>Imagen 1.</b> Niveles de amputación.....	7
---	---

# INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta investigación es describir y analizar la experiencia de dos hombres y dos mujeres que padecen diabetes de tipo 2 y han sufrido varias amputaciones así como, la experiencia de sus familiares más cercanos en relación con los dramas sociales generados por la enfermedad en Kinchil, Yucatán.<sup>1</sup> Estos dos hombres y dos mujeres son los principales actores sociales de esta investigación y sufrieron mutilaciones en sus miembros inferiores del cuerpo como una complicación de su diabetes.

La diabetes de tipo 2 es considerada hoy en día un problema de salud pública en el ámbito mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes de tipo 2 se debe a una utilización ineficaz de la insulina por parte del organismo humano. Asimismo, el 90% de todos los casos de diabetes en el mundo son de tipo 2 (Campillo, 2008) y, entre sus causas se encuentran el peso corporal excesivo, la inactividad física (OMS, 2012), los estilos de vida sedentarios o poco saludables y la carga genética.

En México, las defunciones por diabetes se concentran en la de tipo 2. Durante 2011, representaron 62% en mujeres y 61% en varones. Asimismo, de cada 100 personas que padecen diabetes de 7 a 10 desarrollan pie diabético y de éstas, el 30% terminan en amputación (SSA, 2001 en García, 2004). Durante 2008, en Yucatán la diabetes fue la tercera causa de mortalidad general con 1,107 defunciones; asimismo, la tasa de mortalidad fue de 58.3 defunciones por cada cien mil habitantes. Esta enfermedad representó la quinta causa de muerte en edad productiva, con 359 defunciones y la segunda causa de muerte en edad posproductiva con 746 defunciones (SINAIS, 2008).

La diabetes provoca modificaciones en la vida de la población afectada dependiendo del tipo de complicación que padezca. Las complicaciones de la diabetes de tipo 2 que más egresos hospitalarios han producido en Yucatán son las renales y las circulatorias periféricas como las amputaciones; del 2004 al 2012, las primeras han tenido 1,280 egresos y, las segundas 159 (DGI Sa, 2014). A pesar de que las complicaciones renales causan mayores egresos hospitalarios y un mayor número de

---

<sup>1</sup> Entiendo la noción de familia como el conjunto de personas unidas por lazos consanguíneos y de parentesco o vinculados por relaciones conyugales.

defunciones,<sup>2</sup> trabajé con personas que sufrieron amputaciones porque este problema afecta a la persona involucrada y a su familia o entorno social cercano durante un largo período de tiempo. Una persona con una amputación puede vivir varios años, de manera que su vida cotidiana presenta modificaciones radicales y pierde su independencia por su discapacidad permanente.

### **Vinculación personal con el tema**

Mi abuelita materna murió cuando yo tenía cuatro años, padeció diabetes. No recuerdo bien cómo era pero conservo en mi mente una imagen parcial de ella. Era una señora delgada, de cabello blanco que comía gelatina sin azúcar y cuando iba a visitarnos a mi casa (porque mi tío la llevaba cada vez que podía) nos obsequiaba paquetes de galletas lo cual me hacía muy feliz. Cuando mi abuela falleció mi mamá me dijo lo siguiente: “¡se murió!, se murió antes de que le cortaran su pierna, ¡no aguantó la pobrecita!”. Mi madre la quería mucho y sufrió por su muerte; yo casi no la conocí pero siempre recordé esas palabras. Así, el tema de la diabetes y de las amputaciones no me era familiar aunque sí más o menos referenciado, sin exactitud y nutrido con la imaginación de la pequeña niña que fui en aquél entonces.

### **Antecedentes de la investigación**

Mi acercamiento académico al tema de la diabetes fue circunstancial, ya que, formé parte de un proyecto que abordaba esta problemática en Yucatán.<sup>3</sup> Realicé trabajo de campo en dos cabeceras municipales: Tizimín y Tixcacalcupul, ubicadas al noreste y oriente del estado respectivamente. Mediante estas dos experiencias aprendí a entender la diabetes de tipo 2 como una enfermedad que afecta al organismo de la persona involucrada y, como un padecimiento, es decir, un modo de vida que se modela a través de las experiencias individuales, familiares y sociales sufridas durante su trascurso.

En Tixcacalcupul pude observar, en el servicio del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cómo se entablaba la relación médico-paciente en un contexto donde los involucrados hablaban idiomas diferentes.<sup>4</sup> Observé la forma en que la

---

<sup>2</sup> Por ejemplo en 2012, se murieron 17 personas que presentaron una complicación circulatoria periférica en comparación con 282 que tuvieron una complicación renal (DGIS, 2014).

<sup>3</sup> El proyecto se denominaba “Presencia de pertinencia cultural en las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus en Yucatán”. El investigador responsable fue el Dr. Sergio Lerín Piñón del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) y la co-investigadora fue la Dra. Clara Juárez Ramírez del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

<sup>4</sup> Las personas que iban a consultar hablaban lengua maya, era su idioma materno, aunque muchas de ellas hablaban también español. La doctora encargada de la clínica hablaba solamente el castellano, el enfermero y la ayudante de éste eran bilingües (maya y español).

doctora les daba un diagnóstico positivo de diabetes a las personas que acudieron a consultar para cumplir con los requisitos del programa Oportunidades.<sup>5</sup> En la consulta con duración aproximada de 20 minutos, la doctora les decía a las personas que desde ese momento y por el resto de sus vidas tendrían la enfermedad. Les recetaba medicamentos orales, metformina y glibenclamida, y trataba de explicarles en lengua maya básica cómo debían tomarlos; si la doctora notaba que sus pacientes no le entendían, mandaba a llamar a la ayudante del enfermero para que les diera las indicaciones en su lengua. Luego, la doctora les entregaba el medicamento, les recomendaba hacer ejercicio y cambiar su alimentación. Esa era toda la información que se le brindaba a los nuevos diagnosticados.

El producto final del trabajo de campo en Tizimín fue mi tesis de licenciatura en Antropología Social de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) inscrita en el enfoque de la antropología médica. Mi investigación “Una aproximación al estudio de las representaciones sociales. El caso de la diabetes mellitus tipo 2 en dos grupos de ayuda mutua (GAM) de Tizimín, Yucatán” describe y analiza las representaciones de un conjunto de mujeres con respecto a los primeros signos y síntomas de su enfermedad; las causas atribuidas; el tratamiento; la forma de alimentación; las consecuencias de un tratamiento incorrecto y, el proceso de aceptación de la misma.

En este sentido, demostré que en las representaciones sociales de la enfermedad se sintetizan los saberes populares y los conocimientos aprehendidos durante las interacciones con los servicios de atención a la salud. Por otro lado, documenté que la persona afectada con la enfermedad manifiesta sentimientos, emociones e ideas relacionadas con la muerte. Sin embargo, a medida que pasa el tiempo aprende a convivir con su enfermedad y a sobrellevarla. Además encontré que, desde el punto de vista sociocultural, el control de una persona con diabetes se logra cuando existen condiciones adecuadas en el contexto familiar y social ausentes de disgustos, problemas o malos entendidos.

También, descubrí que la posibilidad de sufrir una amputación constituye uno de los principales temores que pueden tener las mujeres con diabetes. Este miedo está

---

<sup>5</sup> “Es un programa interinstitucional en el que participan la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Desarrollo Social, y los gobiernos estatales y municipales [...] La corresponsabilidad es un factor importante en este programa, porque las familias son parte activa de su propio desarrollo, superando el asistencialismo y el paternalismo. La asistencia de los niños a la escuela y de las familias a las unidades de salud, constituye la base para la emisión de los apoyos”.

Disponible en línea: [http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/conoce\\_oportunidades\\_](http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/conoce_oportunidades_) [Consultado el 15 de marzo de 2014].

El 5 de septiembre de 2014 se publica en el *Diario Oficial de la Federación* un decreto por medio del cual el programa Oportunidades se transforma en la Coordinación Nacional de PROSPERA.

fundamentado por la experiencia de convivir con familiares con este tipo de complicación, por las conversaciones con vecinos, amigos y familiares y, por la interacción con los servicios institucionales de salud cuya propaganda radical les origina sentimientos de preocupación. La amputación está asociada a una mayor probabilidad o posibilidad de muerte, dolor, incertidumbre por la pérdida de un miembro del cuerpo y, a la pérdida de independencia. En este sentido, algunas mujeres mencionaron que su deseo era morir con el cuerpo completo e íntegro.

Por otro lado, como formé parte del mencionado proyecto, debía auxiliar a mis colegas cuando lo necesitaran e igualmente, yo podía solicitar su ayuda. Uno de mis compañeros me pidió que le acompañara a realizar unas entrevistas en Kinchil, Yucatán durante julio de 2011. Estando en la población nos dirigimos al domicilio de dos varones que padecían diabetes. Me sorprendí cuando vi que ambos tenían amputaciones en las extremidades inferiores y solo uno en las superiores, es decir, en los dedos de las manos. A partir de esta primera observación, y con el antecedente de los temores que sufrían las mujeres en Tizimín, surgió en mí la inquietud de hacer un estudio en Kinchil.

Si en Tizimín había platicado y convivido con mujeres que padecían diabetes pero estaban más o menos controladas o sufriendo las consecuencias menores de esta enfermedad, en Kinchil lo que ellas tanto temían ya era una realidad. Es decir, encontré varios casos de personas cuyo descontrol metabólico había producido estragos en sus cuerpos enfermos: amputaciones. Decidí seguir trabajando el tema porque pienso que esta situación complejiza las dimensiones de la enfermedad, ya que, involucra tanto a la familia como a la persona afectada y al entorno social. Se trata de una situación en la que los involucrados deben modificar sus formas de vida para salir adelante y adaptarse a sus nuevas circunstancias.

### **Contribución de la investigación**

A través de esta investigación pretendo abonar a los estudios de antropología médica en México que rescatan las experiencias del padecimiento en personas con enfermedades crónico-degenerativas. Desde un panorama microsociedad y una perspectiva cualitativa, indico la manera en que sobrevive una persona que padece diabetes y ha sufrido varias amputaciones en un contexto rural yucateco de pobreza. Por medio de las narrativas muestro una gran riqueza etnográfica, ya que, los actores sociales involucrados con el problema refirieron sus experiencias vividas durante el trayecto de la enfermedad.

En Yucatán el tema de la diabetes ha sido estudiado desde la perspectiva de los científicos de la salud y por ende, basado en la visión biomédica.<sup>6</sup> Son pocas las tesis elaboradas desde el enfoque social o antropológico. Por ejemplo, Beltrán (2011) basándose en la antropología económico-política, realizó un estudio en el que analizó algunas prácticas de consumo alimenticio y su relación con el desarrollo de la diabetes en Yaxunah, Yucatán. Pereira (2012), con base en la perspectiva de la antropología médica, analizó algunas representaciones sociales de mujeres con diabetes de tipo 2 en Tizimín, Yucatán. En este sentido, mi estudio abona a las investigaciones sociales de la diabetes en tal Estado.

Por otro lado, en México se ha manifestado un proceso de transición epidemiológica en el cual las enfermedades infecciosas como principales causas de muerte poco a poco están siendo desplazadas por las enfermedades crónico-degenerativas tales como la diabetes. Esta enfermedad y su tratamiento consumen el mayor porcentaje del gasto de las instituciones públicas en salud del país; así, por su elevada incidencia en la población mexicana, representa el mayor reto que afronta el Sistema Nacional de Salud. Además de los gastos asociados al control de la enfermedad (medicamentos orales, inyecciones de insulina, monitoreo de glucemia) está el hecho de que tanto familiares como redes sociales deben brindar apoyo a la persona que padece esta enfermedad (SSA, 2007).

En este sentido, este estudio es pertinente porque la diabetes se ha convertido en una epidemia que llevará a la muerte a miles de personas no sin antes causarles complicaciones, a veces, incapacitantes. Aunque se trata de una enfermedad de alta incidencia sobre la población mexicana no existe una estrategia adecuada para el control de la misma (porque la morbilidad sigue en ascenso) y las que existen tienen múltiples problemas para su implementación. De tal manera, “las cifras disponibles sobre cobertura efectiva del tratamiento de este padecimiento son inferiores a 40% en la gran mayoría de las entidades federativas” (SSA, 2007:69). Esto nos habla de un gran

---

<sup>6</sup> Para sustentar esta afirmación realicé una búsqueda en el catálogo en línea de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) para encontrar las tesis de licenciatura que abordaran la problemática de la diabetes en dicho estado. Encontré un total de 276 registros referidos a tesis en cuyo nombre aparece la palabra diabetes. De las 276 tesis, 270 se localizan en el Campus de Ciencias de la Salud (Enfermería, Medicina, Odontología y Química) y tres en el Campus de Ciencias Sociales, Económico-Administrativas y Humanidades (Ciencias Antropológicas, Contaduría y Administración, Educación, Economía y Psicología). La mayoría de las tesis en el área de la salud fueron elaboradas por médicos, médicas, enfermeros y enfermeras; pero solo la tesis de Acosta (2003), Licenciada en Enfermería, aborda el siguiente conjunto de variables: familia, diabetes y amputación. Obtenido en: <http://66.7.194.228/~innovaso/opac/sisbiuadyOPAC.php>, [consultado el 1 de julio de 2014].

problema en la población porque la mayoría de la gente que la padece tiene un control parcial de su enfermedad.

En consecuencia, esta investigación puede servir como un insumo para el Programa de Acción Específico para la diabetes, esperando que se tome en cuenta la perspectiva social, cultural y las necesidades particulares de las poblaciones a la cuales va dirigido. Pienso que en este programa se debería incluir al grupo familiar como un actor importante en el desarrollo de la enfermedad; pero, también es trascendental que se contemple un espacio de atención psicológica tanto para el afectado como para todos los integrantes de su familia. Además, deberían integrarse estrategias de prevención de la enfermedad que contemplen a todos los miembros del grupo social para evitar la propagación de este mal con tan terribles consecuencias.

### **Metodología**

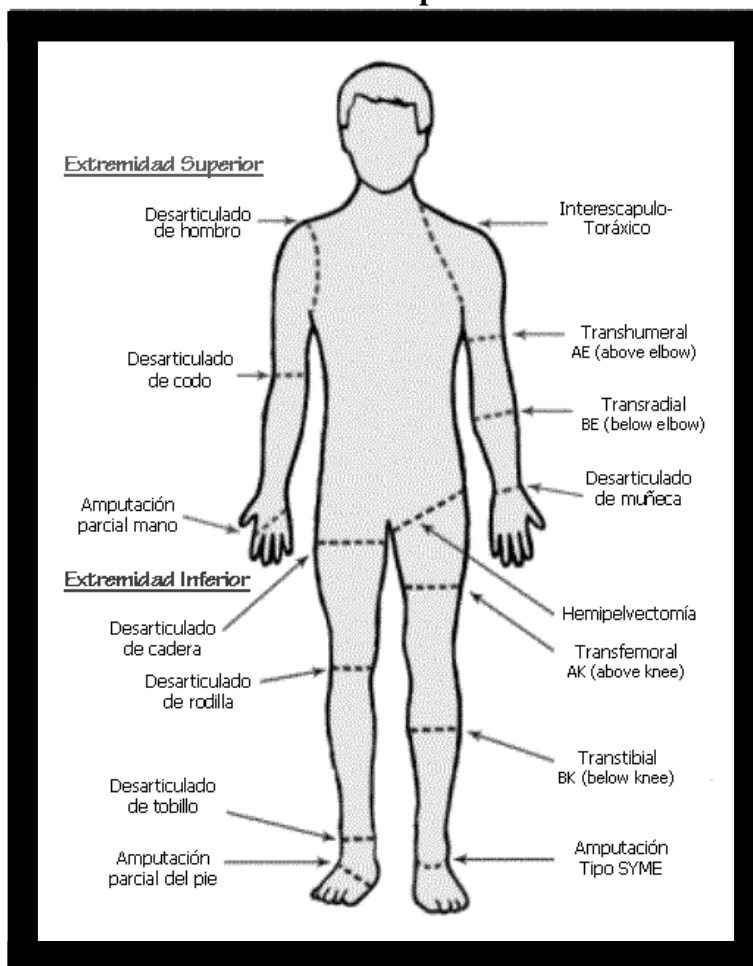
Realicé el trabajo de campo en la cabecera municipal de Kinchil, Yucatán durante los meses de septiembre a diciembre de 2013. Entrar a la localidad fue sencillo, me presenté en el Palacio Municipal y en las Unidades Médicas del IMSS como una antropóloga que realizaría una investigación en el tema de la diabetes y trabajaría con las personas que habían sufrido amputaciones por su causa. En las unidades del IMSS me brindaron la información y los contactos requeridos. Esto se debió a que en años anteriores el equipo con el que colaboré fue a investigar el mismo tema pero, con un enfoque diferente al mío.

Después de convivir y dialogar con las mujeres y los hombres que padecían diabetes y amputaciones comencé un proceso de aprendizaje en el que sus experiencias con el padecimiento y sus consecuencias fueron centrales. En la medida que lo consintieron, y en la que mi personalidad lo permitió, fui conociendo a sus familias y la dinámica que se había establecido entre ellos a partir de las complicaciones derivadas de la enfermedad.

Como mi intención fue rescatar la experiencia del padecimiento de cada actor social realicé entrevistas a profundidad, tanto a los aquejados como a los allegados, con la finalidad de obtener las narrativas que me sirvieron para analizar los dramas sociales y los cambios disruptivos provocados por la enfermedad y sus complicaciones. Entonces, cuatro personas de la cabecera municipal de Kinchil fungieron como mis entrevistados principales: dos mujeres (doña Magali de 41 años y doña Elvira de 75) y dos hombres (don Chelín de 69 años y don Pedro de 72). En la imagen 1, se señalan los tipos de amputación con sus respectivos nombres. A doña Magali le quitaron un dedo de

cada pie, a don Chelín le aplicaron un transfemoral en la pierna izquierda y a doña Elvira y a don Pedro les practicaron en ambas piernas un desarticulado de cadera. Por otro lado, de cada entrevistado principal surgieron dos personas que estaban al tanto de la trayectoria de su padecimiento y, cuya relación con el mismo estaba atravesada por la cuestión del cuidado y apoyo. Así, para el caso de doña Elvira entrevisté a su nuera y esposo; las figuras de la esposa y la hija fueron centrales para don Chelín y don Pedro. En el Anexo presento la tabla 6 que resume las características socioeconómicas y de composición familiar de los entrevistados. Por otro lado, las mujeres son quienes se encargan del cuidado y atención de las personas que han sufrido las complicaciones de la diabetes dentro de su contexto familiar próximo.

**Imagen 1**  
**Niveles de amputación**



Fuente: <http://www.arcesw.com/niveles.htm> [Consultado el 24 de agosto de 2014].



## **Estructura de la tesis**

En el primer capítulo desarrollo los conceptos teóricos que guiaron la investigación y presento con profundidad las bases metodológicas de la investigación. En el segundo capítulo expongo el contexto de la localidad de estudio en relación con el problema de la diabetes así como las condiciones de vida de mis entrevistados principales y sus familias. El tercer y cuarto capítulos tiene por objeto que las y los lectores conozcan a fondo a cada uno de mis entrevistados principales así como sus narrativas y las de sus allegados-cuidadores principales. Para esto, desarrollo la historia de la enfermedad y de las complicaciones de cada uno. Luego, analizo las narrativas de los actores sociales a la luz de los conceptos teóricos y por último, presento las conclusiones generales.

# CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

## 1.0 Introducción

En este capítulo expongo las cuestiones básicas y específicas de la diabetes, planteo el problema de investigación y presento las herramientas teórico-metodológicas que me ayudaron a analizar los casos, tanto de hombres como de mujeres, con esta enfermedad. El capítulo está dividido en cuatro segmentos. En la primera parte explico qué es la diabetes, sus signos, sus síntomas, el tratamiento adecuado para cada tipo de persona y las complicaciones que se pueden generar cuando existe un descontrol así como el gasto que implica esta enfermedad para el sector salud mexicano. Además, presento una serie de estadísticas sobre las defunciones causadas por la diabetes en México y en Yucatán. En la segunda sección, explico los antecedentes de la investigación, la justificación, el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, el objetivo general y los particulares, y por último, el estado de la cuestión. La tercera parte está dedicada al desarrollo de los conceptos útiles en esta investigación: la diferencia entre las categorías enfermedad (*disease*), padecimiento (*illness*) y malestar (*sickness*), el rol del enfermo como concepto central del rescate del ámbito social, la experiencia del padecimiento como herramienta fenomenológica, la enfermedad como un proceso disruptivo en la biografía de los actores y, los dramas sociales causados por eventos abruptos en un grupo social específico. En la última sección presento la perspectiva metodológica en la cual enmarqué el estudio, las técnicas de investigación, algunos aspectos centrales del trabajo de campo y la manera como edité las entrevistas para la presentación de los casos.

## 1.1 Diabetes y diabetes de tipo 2

En el mundo existen más de 347 millones de personas con diabetes y, en 2004 un diez por ciento de esta población falleció (OMS, 2012). Las enfermedades cardiovasculares (referidas al corazón y a los vasos sanguíneos) y la diabetes son las principales causas de muerte en el continente americano. Además, sus consecuencias frecuentes son la discapacidad, la muerte prematura y los gastos excesivos para su prevención y control. Estas enfermedades afectan con mayor ímpetu a los grupos de población de escasos recursos y a las poblaciones vulnerables (SSA, 2008). En este

sentido, estos padecimientos se resienten en las localidades rurales e indígenas debido a sus múltiples rezagos, por ejemplo, en ámbitos como la salud, la educación y el acceso a la información.

En México “la diabetes ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de mortalidad y presenta un incremento ascendente con alrededor de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos al año” (SSA, 2008:11). Es decir, la mortalidad y la morbilidad por esta enfermedad van en aumento.<sup>7</sup> Sin embargo, en 2012, las causas de mortandad general tuvieron el siguiente orden: enfermedades del corazón, diabetes, tumores malignos y accidentes (DGIS, 2014). Entonces, la diabetes como principal causa de mortalidad sólo fue rebasada por las enfermedades del corazón ocupando así el segundo lugar en las estadísticas de este rubro.

La prevención y el control de la diabetes representan un reto para el sector salud mexicano, ya que ocupan un porcentaje elevado del presupuesto nacional asignado al área de salud. Por ejemplo, en 2005 el IMSS consumió un tercio de su presupuesto total para la atención médica de esta enfermedad (SSA, 2008). Asimismo, la diabetes también causa un desajuste en la economía familiar de quien la padece porque implica un desembolso para su tratamiento diario, así como en las ocasiones extraordinarias (hospitalizaciones y complicaciones).

La diabetes “es la principal causa de insuficiencia renal, ceguera, amputaciones no traumáticas, hospitalizaciones e incapacidad prematura, lo cual explica el 30% de la mortalidad general” (SSA, 2008:20). De tal manera, las complicaciones y las consecuencias de esta enfermedad producen un deterioro en la calidad y en la esperanza de vida de quien la padece. En la siguiente sección presento la clasificación de la diabetes según parámetros internacionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado a la diabetes en tres tipos: diabetes de tipo 1 (insulinodependiente, juvenil o de inicio en la infancia), diabetes de tipo 2 (no insulinodependiente o de inicio en la edad adulta) y diabetes gestacional (cuya aparición o detección ocurre durante el embarazo) (OMS, 2012).<sup>8</sup> Aunque, para este organismo internacional la distinción de esta enfermedad parezca clara, los diversos casos de diabetes en el mundo demuestran que no existe una clasificación rigurosa de este complejo padecimiento. Por ejemplo, en Yucatán es

---

<sup>7</sup> En este sentido “la mortalidad se refiere a las muertes sucedidas dentro de una población” (Haupt y Kane, 2003:25) y “la morbilidad se refiere a males, enfermedades, lesiones y discapacidades dentro de una población” (Haupt y Kane, 2003:31).

<sup>8</sup> Creo importante aclarar que la OMS nunca utiliza la categoría de “diabetes mellitus” porque sólo refiere “diabetes”.

común que personas menores de 30 años presenten diabetes de tipo 2 y quienes padecen esta enfermedad requieren, en algunas ocasiones, dosis diarias de insulina para mantener un buen control de la misma.

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD-10)<sup>9</sup> la diabetes mellitus (DM) forma parte de las enfermedades endocrinas.<sup>10</sup> La ICD-10 divide a la DM en cuanto a las causas específicas de mortalidad y le asigna un código compatible con la base de datos establecida por el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). En este sentido, en esta clasificación existe la DM insulino dependiente, la DM no insulino dependiente, la DM asociada con desnutrición, otras DM especificadas y la DM no especificada.<sup>11</sup> Si bien existen diferencias entre la ICD-10 y la OMS para clasificar y denominar a esta enfermedad, en esta investigación uso la categoría de diabetes de tipo 2 porque considero que esta denominación tiene mayor consenso en las investigaciones sociales que abordan el tema. No obstante, como se trata de una enfermedad compleja, en las siguientes líneas presento información concisa sobre el origen, las causas, las consecuencias y el tratamiento de la diabetes.

En primer lugar, De la Fuente (2011) en su apartado denominado “Trastornos endocrinos” explica la relación entre los factores biológicos y psicológicos que inciden en el advenimiento de la diabetes. Este autor aclara que es una enfermedad cuyos precedentes pueden encontrarse en acontecimientos estresantes o emocionantes vinculados con elementos hereditarios. Por consiguiente:

El papel que pueden desempeñar los factores emocionales en la iniciación de la diabetes y su descompensación han sido reconocidos. Ciertamente, el estrés psicológico no es capaz de producir la enfermedad en un individuo que no está predispuesto genéticamente, pero sí puede desencadenar el padecimiento latente o intensificarlo convirtiendo un estado prediabético en una diabetes manifiesta. Actualmente se dispone de datos acerca de los factores psicológicos que son capaces de alterar el complejo equilibrio del cual depende el manejo de la glucosa por el organismo. Un aumento de la glucosa en la sangre y en la orina acompaña a los estados de emoción intensa (De la Fuente, 2011:373).

El argumento anterior puede complementarse con los principales motivos que inciden en el desarrollo de la diabetes de tipo 2, es decir, con los estilos de vida no saludables (hábitos de alimentación deficientes y el sedentarismo), la carga genética, el

---

<sup>9</sup> Por sus siglas en inglés y en su décima versión.

<sup>10</sup> “El sistema endocrino se investiga [...] a través de las determinaciones de las concentraciones hormonales [...] Los desórdenes de deficiencias endocrinológicas son tratados con reemplazo hormonal fisiológico”, disponible en línea: <http://www.harrisonmedicina.com/content.aspx?aid=57176959> [Consultado el 29 de mayo de 2014].

<sup>11</sup> Información disponible en línea:

<http://www.iqb.es/patologia/toc01.htm> y [http://www.iqb.es/patologia/e03\\_002.htm](http://www.iqb.es/patologia/e03_002.htm) [Consultado el 11 de mayo de 2014].

estrés psicosocial, el tabaquismo y el consumo excesivo de bebidas alcohólicas (SSA, 2008). Pero entonces, ¿de qué se trata este tipo de diabetes?

La diabetes es una enfermedad donde el organismo comienza a perder la capacidad de transformar el azúcar proveniente de los alimentos, esto lo hace a través de una hormona (insulina) originada en el páncreas. Esta resistencia del cuerpo a la acción de la hormona, o la baja producción de la misma, ocasiona que el azúcar se eleve en la sangre propiciando una serie de cambios en el organismo, lo cual se refleja en signos, síntomas y malestares en diversas partes del cuerpo. El malestar, se relaciona con el órgano afectado por el exceso de azúcar, puede presentarse como una sensación de cansancio, mareos, “que el cuerpo arde”, incomodidad general, aumento de la temperatura corporal, pérdida de peso, boca seca, saliva “pegajosa”, sed intensa que no se alivia con el consumo de agua, aumento o disminución del apetito, aumento en la frecuencia para orinar en las noches y sensación de “no acabar” de hacerlo. Las causas pueden relacionarse con la herencia, la genética, la mala alimentación, la falta de actividad física, la obesidad (Alejandra Escalante Paredes, Licenciada en Enfermería, comunicación vía electrónica con Aracelly Pereira, 18 de junio de 2014).

La diabetes de tipo 2 es una enfermedad causada por el mal funcionamiento del páncreas, ya que, no secreta niveles suficientes de insulina para marchar de manera correcta. Pero este desajuste es provocado por hábitos insanos que obligan al organismo a trabajar más de lo normal hasta que se agota y deja de funcionar como debería. En la definición anterior se incluyen los signos y los síntomas de la enfermedad, los malestares que ocasiona y sus posibles causas relacionadas con los diversos factores mencionados con anterioridad.

Desde el punto de vista de la medicina institucionalizada, existen cuidados o acciones que las personas con diabetes deben llevar a cabo para convivir pacíficamente y retardar los daños irreversibles que puede causar su enfermedad. Es recomendable que el tratamiento para una persona con diabetes se establezca de acuerdo a sus particularidades; debe tomarse en cuenta la edad, la complexión física y la resistencia a los medicamentos. Existen dos tipos de tratamientos para el control de la diabetes: el farmacológico (insulina o hipoglucemiantes orales) y el no farmacológico (Alpízar y Escalante, 2001; Velasco y Sinibaldi, 2001). A continuación, los describo y explico.

El tratamiento farmacológico consiste en prescribir a la persona con la enfermedad una alimentación saludable, la realización de ejercicio y el uso de hipoglucemiantes orales (medicamentos) que actúan incrementando la producción o la utilización de la insulina. En el caso mexicano, las medicinas que se recetan con mayor regularidad son las sulfonilureas (glibenclamida) y las biguanidas (metformina). Estos fármacos ayudan a disminuir los valores de azúcar en la sangre (NOM, 2000; Velasco y

Sinibaldi, 2001). El tratamiento con insulina está dirigido a las personas que recurrieron al tratamiento farmacológico pero, no lograron los resultados esperados por ello su condición particular requiere del uso de esta hormona. El tratamiento no farmacológico es referido a quienes han incorporado el hábito de una dieta balanceada en combinación con ejercicio (Alpizar y Escalante, 2001; Velasco y Sinibaldi, 2001). Además, el tipo de tratamiento varía según el momento en que el paciente es diagnosticado y en el grado de avance de la enfermedad.

Por otro lado, las complicaciones derivadas de la diabetes de tipo 2 se dividen en dos grupos: las microvasculares y las macrovasculares. En las primeras, los vasos pequeños como la retina, el riñón, el corazón y el sistema nervioso sufren lesiones, ocasionando así, respectivamente, pérdida de la visión, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca y neuropatía.<sup>12</sup> Ésta última afecta las extremidades superiores e inferiores del cuerpo,<sup>13</sup> de tal forma se produce una paulatina pérdida de sensibilidad y la limitación del movimiento; el pie diabético, con úlceras y lesiones, y las amputaciones son producto de esta complicación (Gómez y otros, 1999; Barrios, 2001; Velasco y Sinibaldi, 2001).

Además, la neuropatía puede desencadenar un incorrecto funcionamiento del sistema digestivo, alteraciones en la presión arterial y disfunción sexual. Las complicaciones macrovasculares se producen debido al endurecimiento de las arterias (arteriosclerosis) y sus consecuencias son infartos, gangrenas y derrames (Gómez y otros, 1999; Barrios, 2001; Velasco y Sinibaldi, 2001).

Entonces, la diabetes “es una enfermedad con pocos trastornos corporales al inicio, pero que paulatinamente se le va agregando una serie de enfermedades concomitantes que hacen complejo el cuadro clínico, dando como resultado una incapacidad casi total antes de la muerte” (Robles, 2007:45). Las amputaciones, en este caso particular, son las complicaciones de la diabetes que transformaron la vida de mis entrevistados principales. Sin embargo, es bien sabido que no todos los casos de

---

<sup>12</sup> “La neuropatía significa daño a los nervios y los problemas que surgen como resultado de este daño; es la complicación más común de la diabetes. Puede afectar a un solo nervio o a un grupo de nervios, y tiene numerosas manifestaciones clínicas. Los síntomas podrían ser pocos o estar ausentes, en especial en las primeras etapas, pero algunas formas de neuropatía causan daño severo y son muy incapacitantes. [...] Los nervios sensorios transportan señales desde los órganos de los sentidos al cerebro y están involucrados en la percepción de los sentidos como tacto y dolor. Los nervios motores transportan señales del cerebro y la médula espinal a los músculos voluntarios que mueven extremidades y articulaciones. El sistema nervioso autónomo gobierna todas las funciones inconscientes e involuntarias del cuerpo, como el control de los órganos más importantes, como corazón, riñones, sistema gastrointestinal, vejiga, etc. La neuropatía puede afectar uno o más nervios que sean parte de todas estas áreas del sistema nervioso y esto puede ayudar a explicar por qué las manifestaciones pueden ser tan diversas” (Wright, 2008:134-135).

<sup>13</sup> Ver imagen 1.

personas con esta enfermedad terminan de esa manera, hay quienes alcanzan una mejor calidad de vida, sin complicaciones incapacitantes. Varios factores inciden en los resultados, estos son el apego al tratamiento, las condiciones sociales, educativas, económicas e informativas en donde se genera la enfermedad.

En México existe un aumento gradual en el número de muertes causadas por la diabetes de tipo 2, en la tabla 1 se puede apreciar esta circunstancia desde 1998 hasta 2012. El promedio general de incremento aproximado por año es de 3,000 defunciones; además, se observa que en 2011 hubo un decremento en el número de las muertes pero en 2012 continuó el patrón acelerado de crecimiento con 53,247 defunciones (DGIS, 2014).

**Tabla 1**  
**Defunciones causadas por la diabetes de tipo 2 en México por año de referencia**

<b>Año</b>	<b>Núm. de defunciones</b>
1998	14,001
1999	17,610
2000	18,988
2001	21,504
2002	24,456
2003	27,412
2004	31,608
2005	35,469
2006	37,898
2007	40,034
2008	43,960
2009	45,811
2010	50,160
2011	49,502
2012	53,247

Fuente: Elaborado por Graciela Freyermuth y Aracelly Pereira con los datos del DGIS, 2014

Por otro lado, “la tasa de letalidad hospitalaria permite observar la agresividad de una enfermedad, es decir, mide el total de defunciones en un hospital entre el total de egresos por el mismo padecimiento” (INEGI, 2013:11). La letalidad hospitalaria de la diabetes de tipo 2 se incrementa conforme a la edad y es más alta en la población de 80 años y más (24 de cada 100 egresos), seguida de la población de 75 a 79 años (por cada 100 egresos hospitalarios, 19 son defunciones); por género se observa el mismo comportamiento, aunque, las mujeres presentan tasas más elevadas que los varones en cada grupo de edad.

A continuación, en la tabla 2, se pueden apreciar las cifras de defunciones a causa de la diabetes de tipo 2 por entidad federativa durante 2012.

**Tabla 2**  
**Defunciones causadas por diabetes de tipo 2 en 2012 por Entidad Federativa**

<b>Entidad de Residencia</b>	<b>Núm. de defunciones</b>
1. México	8,337
2. Distrito Federal	6,401
3. Veracruz	4,263
4. Puebla	3,272
5. Jalisco	3,100
6. Guanajuato	2,924
7. Michoacán	2,428
8. Oaxaca	1,627
9. Nuevo León	1,599
10. Guerrero	1,565
11. Chiapas	1,552
12. Tamaulipas	1,402
13. Chihuahua	1,306
14. Hidalgo	1,225
15. Coahuila	1,215
16. Tabasco	1,135
17. San Luis Potosí	994
18. Morelos	963
19. Baja California	853
20. Sinaloa	853
21. Tlaxcala	772
22. Yucatán	750
23. Sonora	726
24. Querétaro	680
25. Durango	605
26. Zacatecas	493
27. Aguascalientes	485
28. Nayarit	430
29. Quintana Roo	395
30. Campeche	362
31. Colima	321
32. Baja California Sur	192

Fuente: Elaborado por Graciela Freyermuth y Aracelly Pereira con los datos del DGIS, 2014.

Como se observa en la tabla, el estado de México tuvo el mayor número de defunciones en el País, pero el Distrito Federal obtuvo el penúltimo lugar por su elevada incidencia; ambos son integrantes de la Zona Metropolitana, según la división geográfica de la República Mexicana.<sup>14</sup> Por el contrario, Baja California Sur, ubicado en la Zona Noreste y Península, es el estado con la cifra menor de defunciones. En la Zona Sur, Oaxaca tuvo un mayor número de muertes (1,627) que Guerrero (1,565) y Chiapas

<sup>14</sup> La distinción de las zonas geográficas de la República Mexicana está de acuerdo con el Instituto Nacional de Astrofísica, Óptica y Electrónica, disponible en línea: <http://cseg.inaoep.mx/univ/regiones.htm> [Consultado el 11 de mayo de 2014].



(1,552). En la Zona Sureste, la situación fue la siguiente: Yucatán (750), Quintana Roo (395) y Campeche (362) (DGIS, 2014). Si bien Yucatán, lugar donde realicé esta investigación, cotejado con el Distrito Federal o Veracruz queda con un número inferior de muertes por la diabetes, es claro que es un estado en peligro latente debido a la presencia de esta enfermedad. Además, si comparamos el número de las defunciones registradas en Yucatán con las de Quintana Roo y Campeche encontramos que casi las duplica.

Por otro lado, en México durante 2011 las principales complicaciones en la población de 20 años y más que fue hospitalizada con diabetes de tipo 2, fueron las renales (24.2%), las circulatorias periféricas (17.3%) y las múltiples (7%) (INEGI, 2013). En Yucatán, durante 2012, hubo 750 defunciones causadas por la diabetes de tipo 2; pero, 17 de ellas ocurrieron por complicaciones circulatorias periféricas, 58 por múltiples y 282 por renales (DGISa, 2014). En este sentido, quiero destacar las defunciones por las complicaciones circulatorias periféricas porque son las que presentaron mis entrevistados principales.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en Yucatán “el porcentaje de la población con diabetes en quienes se realizó la revisión de pies en los servicios de medicina preventiva fue muy bajo en todos los grupos de edad, en ambos sexos” (ENSANUT, 2013:61). Esta falta de prevención por parte de las instituciones públicas en salud donde se atiende a las personas con diabetes puede llegar a tener consecuencias incapacitantes, irremediables o fatales. En la tabla 3 presento, desde 2004 a 2012, el curso que han seguido los egresos hospitalarios en Yucatán por institución de salud de referencia.

En esta tabla se incluyen todos los motivos de egresos, es decir, por curación, mejoría, salida voluntaria, pase a otro hospital, defunción, otra razón diferente a los anteriores y los motivos no especificados. De 2004 a 2011, el IMSS obtuvo el mayor número de egresos hospitalarios por este tipo de complicación. A su vez, la Secretaría de Salud no reportó egresos en 2004 ni en 2006, pero en los años en que tuvo salidas el número se mantuvo menor a cinco. No obstante, llama la atención que, en 2005 se presentó el número mayor de egresos hospitalarios (32 en total, de los cuales 27 ocurrieron en el IMSS) y en 2012 el menor número (7 en total). Durante estos nueve años (de 2004 a 2012) en total hubo 159 egresos por las complicaciones circulatorias periféricas.

**Tabla 3**  
**Egresos hospitalarios de 2004 a 2012 causados por las complicaciones circulatorias periféricas de la diabetes de tipo 2 en Yucatán, clasificados por la institución de salud de referencia**

<b>Año</b>	<b>Institución</b>	<b>Egresos hospitalarios por diabetes de tipo 2 con complicaciones circulatorias periféricas</b>
<b>2004</b>	SALUD	----
	IMSS	18
	ISSSTE	----
	SEDENA	----
Total		18
<b>2005</b>	SALUD	5
	IMSS	27
	ISSSTE	----
Total		32
<b>2006</b>	SALUD	---
	IMSS	13
	ISSSTE	----
Total		13
<b>2007</b>	SALUD	2
	IMSS	14
	IMSS OPORTUNIDADES	2
	ISSSTE	1
Total		19
<b>2008</b>	SALUD	4
	IMSS	7
	IMSS OPORTUNIDADES	1
	ISSSTE	4
Total		16
<b>2009</b>	SALUD	4
	IMSS	22
	ISSSTE	1
Total		27
<b>2010</b>	SALUD	1
	IMSS	12
	IMSS OPORTUNIDADES	1
	ISSSTE	----
Total		14
<b>2011</b>	SALUD	1
	IMSS	12
	IMSS OPORTUNIDADES	----
	ISSSTE	----
Total		13
<b>2012</b>	SALUD	4
	IMSS	3
	IMSS OPORTUNIDADES	----
	ISSSTE	----
Total		7
<b>Total general</b>		<b>159</b>

Fuente: Elaborado por Graciela Freyermuth y Aracelly Pereira con los datos del DGISa, 2014

## 1.2 Planteamiento del problema

La diabetes es una enfermedad incurable, y por tanto, crónico-degenerativa. Cuando una persona la padece vivirá con ella por el resto de su vida. Con el paso del tiempo sufrirá desgastes físicos y emocionales, además, podrá experimentar cambios que modifiquen su forma de vida en el ámbito familiar y en el social. En otras palabras, la diabetes como enfermedad crónica:

Produce un tipo particular de dependencia, y no se trata de una dependencia abrupta sino paulatina orgánica y socialmente. El cuerpo orgánico va perdiendo lentamente sus funciones fisiológicas hasta llegar a un grado en que es incapaz de satisfacer sus necesidades corporales más esenciales; de igual manera el cuerpo social sufre pérdidas, que se objetivan, sobre todo, en la ejecución deficiente de sus roles sociales de acuerdo a sus estándares sociales, y en la incapacidad de ser recíproco (Robles, 2007:44).

La dependencia paulatina se refiere, en cierto sentido, a la incapacidad que tiene la persona enferma de desenvolverse de manera más o menos parecida a como lo había hecho durante su vida cotidiana, antes de sufrir las complicaciones de su padecimiento. De tal modo, la vida de la persona enferma se va modificando acorde a sus nuevas necesidades; si es posible dejará de realizar las funciones que sobrellevaba con anterioridad y desempeñará otras actividades que estén de acuerdo a sus condiciones actuales. Al final, la persona afectada con la diabetes puede adaptarse o no a los cambios, esto influirá en su calidad y esperanza de vida.

Una enfermedad crónica como la diabetes comienza con los signos y los síntomas, es decir, con una serie de manifestaciones tangibles en el cuerpo que llevan a sospechar y a sentir que algo no anda bien.<sup>15</sup> Luego, cuando a la persona le resulta difícil vivir con estas alteraciones acude con un experto para recibir un diagnóstico. Éstos pueden ser tanto los profesionales biomédicos de la salud como los integrantes de toda la gama de la medicina alternativa-subordinada. Menéndez (1984) reconoce tres modelos básicos de atención a los padecimientos: el Modelo Médico Hegemónico (MMH), el Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS) y el Modelo Médico basado en la Autoatención (MMAA). El MMH hace referencia a la medicina institucionalizada, a la alópata, a la biomedicina; su hegemonía está basada en la utilización del método científico para diagnosticar, explicar y atender las enfermedades, por ello, este modelo subordina a los demás. En el MMAS se incluyen prácticas de atención a la salud que han sido estigmatizadas y excluidas por el MMH aunque, estas

---

<sup>15</sup> Como expliqué “se consideran como síntomas clásicos de la diabetes, a la poliuria, la polidipsia, las polifagia y la pérdida de peso” (NOM, 2000:9). Es decir, las ganas excesivas de orinar, el aumento de la sed, la necesidad imperante de comer son los síntomas más destacados de la enfermedad.

prácticas constituyan alternativas importantes para los conjuntos sociales. En este modelo se incluyen la medicina tradicional, la herbolaria, la acupuntura, la medicina ayurvédica y a sus especialistas. El MMAA se refiere a las acciones que una persona lleva a cabo cuando está en una situación de enfermedad o padecimiento; en este caso, el curador profesional no interviene directamente (Menéndez, 1984).

Después de constatar la presencia de enfermedad, la persona debe aprender a vivir con ella, puede adherirse o no a un tratamiento y lograr o no un control adecuado. En el camino de este proceso suelen presentarse complicaciones de diversos tipos que afectan la calidad de vida de quien padece la enfermedad. Como mencioné, existen varios tipos de complicaciones. Sin embargo, las que me interesan y traigo a colación en este momento porque están relacionadas con mis entrevistados principales son las circulatoria periféricas; éstas hacen referencia a la pérdida de sensibilidad en las extremidades superiores e inferiores, al aumento en el riesgo de las infecciones y ulceraciones, a la posibilidad de gangrena y por último, a las amputaciones de los miembros afectados.

Así, cuando en una persona se presentan miembros del cuerpo lastimados, infectados o gangrenados, por lo general, se acude a la clínica más cercana. En general el proceso de putrefacción de los miembros del cuerpo no es súbito, ocurre durante un lapso prolongado de tiempo. Lo normal es que la herida se reconozca en el centro de salud o clínica de primer nivel de atención a la salud y después, se canalice al segundo nivel de atención, cuando la neuropatía empieza a causar dolores fuertes o no remite con medicamentos.<sup>16</sup> Si en el hospital deciden amputar el miembro gangrenado, entonces por lo general, la persona pasará varios días ahí antes de la operación y sólo unos pocos después de la misma por el grado de saturación de los sanatorios.

Mientras la persona afectada se encuentra hospitalizada, los familiares, los miembros de su grupo doméstico,<sup>17</sup> los amigos y/o las personas de confianza pueden visitarlo. Por lo general, dependiendo de las normas del hospital, alguna persona puede

---

<sup>16</sup> Según la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM, se le conoce como primer nivel de atención “a las unidades de primer contacto del paciente con los servicios de salud, que llevan a cabo las acciones dirigidas al cuidado del individuo, la familia, la comunidad y su ambiente. Sus servicios están enfocados básicamente a la promoción de la salud, a la detección y al tratamiento temprano de las enfermedades” (2000:7). Así mismo, se conoce como de segundo nivel de atención “a las unidades que atienden los problemas de salud que, a causa de su complejidad, no pueden ser atendidos en el primer nivel de atención” (2000:7). Sostengo que la amputación no es la única salida para resolver el problema de miembros gangrenados, ya que se pueden hacer curaciones que ayuden a eliminar lo podrido o lo muerto del cuerpo. Pero pienso que al sector salud le resulta más económico amputar que tratar de salvar el miembro lastimado. Aunque, para tomar una decisión se debe tener en cuenta el grado de avance de la gangrena.

<sup>17</sup> Entiendo al grupo doméstico como “un conjunto de personas que comparten un mismo espacio de existencia: la noción de cohabitación, de residencia común aquí es esencial” (Segalen, 1981:37).

quedarse durante las noches para acompañar o atender a la persona internada. En ocasiones, los parientes se turnan para desempeñar esta labor o una sola persona se compromete a cuidarla. Además, los familiares deben estar en constante contacto con el personal de salud para conocer cómo se procederá en la cuestión de la atención y recuperación de su ser querido.

Después de una estancia considerable en el hospital, la persona afectada es dada de alta y se le permite regresar a su casa; sale del hospital con un cuerpo diferente, con una mutilación que en muchos casos le impedirá llevar la vida que tuvo con anterioridad. En este sentido, “el seguimiento de la vida psicológica del paciente amputado es casi nulo, las instituciones de salud mexicanas envían a sus casas a personas que carecen de estrategias de afrontamiento psicológico para esta situación” (García, 2004:38). De tal forma, ellos y sus familias tendrán que sobrellevar la crisis sin ayuda psicológica profesional.

Cuando la amputación es extensa, es decir, cuando se mutilan por completo los pies o las piernas, la persona perturbada se vuelve dependiente de otros, se incapacita para realizar las actividades que antes llevaba a cabo sin ningún problema; sobrevienen cambios radicales en su forma de vida. Esta disrupción es decisiva para el mejoramiento o empeoramiento de la persona, o sea, puede decaerse y morir al poco tiempo después de su mutilación, o puede adaptarse y/o acostumbrarse a su nueva condición y vivir muchos años.

Pero, el proceso de la enfermedad y sus complicaciones va acompañado de situaciones complicadas suscitadas en momentos determinados y que incluyen la participación tanto de la persona enferma como del conjunto de actores sociales involucrados en el problema. La experiencia del padecimiento se conjuga con los dramas sociales tales como “unidades de procesos armónicos o inarmónicos que surgen en situaciones conflictivas” (Turner, 1974:37). La familia de la persona enferma se ve envuelta también en dramas sociales provocados por transformaciones radicales en la dinámica habitual de la vida.

Las consecuencias de las amputaciones implican por ejemplo, un cambio drástico en la cotidianidad de los implicados, se trata de una modificación que tal vez no se esperaba pero, cuando se presenta el único remedio es hacerle frente para evitar el colapso grupal. Lo importante es que los miembros de la familia logren acoger al desvalido para darle seguridad y ánimos para seguir viviendo. Con el paso del tiempo, la persona afectada llega a acostumbrarse o adaptarse a su condición particular y los

familiares o las personas dedicadas a su cuidado comienzan a tomar esta situación como un suceso cotidiano.

### **1.3 Pregunta de investigación, objetivo general y particulares**

Partiendo de este contexto de enfermedad y de complicaciones tengo por objeto presentar el caso de dos mujeres y dos hombres que vivieron este proceso con el apoyo de sus familiares. Entonces, la pregunta de esta investigación es la siguiente: ¿cuál es la experiencia del padecimiento de la diabetes de tipo 2 en dos hombres y dos mujeres que han sufrido varias amputaciones causadas por las complicaciones de su enfermedad; así como la experiencia de los miembros de su familia, apegados a la cuestión del cuidado, en relación con las interrupciones y los dramas sociales suscitados a partir de la nueva condición de enfermedad en habitantes de Kinchil, Yucatán?

Asimismo, el objetivo general es describir y analizar la experiencia del padecimiento de la diabetes de tipo 2 en dos hombres y dos mujeres que han sufrido varias amputaciones causadas por las complicaciones de su enfermedad; así como la experiencia de los miembros de su familia, apegados a la cuestión del cuidado, en relación con las interrupciones y los dramas sociales suscitados a partir de la nueva condición de enfermedad en habitantes de Kinchil, Yucatán.

Y los objetivos particulares son:

1. Describir y analizar, desde la perspectiva de la persona con diabetes, cómo vivía con la enfermedad antes de sufrir las amputaciones.
2. Describir y analizar, desde la perspectiva de la persona con diabetes, cuáles fueron las modificaciones en su vida justo después de sufrir una amputación, momento disruptivo en su biografía personal.
3. Describir y analizar, desde la perspectiva de la persona con diabetes, cómo es su vida en la actualidad y cómo ha sido la experiencia de vivir con diabetes, es decir, los aprendizajes, las vivencias y los sentimientos generados durante la coexistencia con el padecimiento.
4. Describir y analizar, desde el punto de vista de los familiares dedicados a la labor del cuidado, cómo ha sido el proceso de la enfermedad antes, durante y después de la complicación en su familiar.
5. Describir y analizar, desde el punto de vista de los familiares dedicados a la labor del cuidado, cómo la familia, ellos y los afectados vivieron el drama social propiciado por las amputaciones.

6. Describir y analizar, desde el punto de vista de los familiares dedicados a la labor del cuidado, cómo se modificó la dinámica familiar para hacer frente a los eventos traumáticos tales como, las hospitalizaciones y las amputaciones.
7. Describir y analizar, desde el punto de vista de los familiares dedicados a la labor del cuidado, cómo ha sido la experiencia de vivir con un familiar con diabetes que ha sufrido amputaciones.
8. Describir y analizar, desde el punto de vista de los familiares dedicados a la labor del cuidado, cómo es la forma de vida actual de su familiar después de la interrupción y en medio de los dramas sociales causados por las complicaciones de su enfermedad.

#### **1.4 Estado de la cuestión**

Las investigaciones de Cifuentes y Yefi, 2005; Fuertes y Maya, 2001; Rocha, Ramírez y Navarro, 2012 y Roca, 2013 basadas en la perspectiva biomédica explican que cuando un miembro de la familia presenta alguna enfermedad crónica o un accidente, los integrantes de la misma viven sucesos de aprendizaje y acomodo que derivan en la adaptación al cambio. Estos autores plantean que la familia debe pasar por un proceso de reestructuración para hacer frente a sus necesidades particulares y a las circunstancias inesperadas que se le presentan durante la vida cotidiana. En ocasiones, esta modificación conlleva que los miembros de la familia adopten nuevos papeles o roles dentro de la estructura. La familia debe implementar estrategias lo más rápido posible para que el problema sea resuelto y se recupere el equilibrio dentro de la misma.

Por otro lado, en México existen tres enfoques teóricos que guían las investigaciones sociales en torno a la diabetes de tipo 2: los modelos explicativos de atención, las representaciones sociales y la experiencia del padecimiento. El estudio de Arganis (2005) se orienta en la primera perspectiva, ya que, las prácticas de atención a la enfermedad son nodales en la sistematización y en el análisis de la información. En el enfoque de las representaciones sociales se encuentran las investigaciones de Campos, Torrez y Arganis (2002), Torres, Sandoval y Pando (2005) y Pereira (2012); estos autores abordan la problemática desde la visión de los actores sociales involucrados con la enfermedad y se centran en aspectos tales como la causalidad, el diagnóstico y el tratamiento. Dentro de la tercera orientación teórica, experiencia del padecimiento, están los trabajos de Mercado, Robles, Ramos, Moreno y Alcántara (1999) y Figueroa y Moreno (2007); en ellos se incorpora el punto de vista de las personas afectadas para construir una visión subjetiva y vivencial del proceso de enfermar.

Asimismo, existen estudios cualitativos que incorporan dos perspectivas teóricas al mismo tiempo, las investigaciones de Cartas (2011) y de Domínguez (2012) son ejemplo de ello. En Ambas se recupera la experiencia del padecimiento de los actores sociales enfermos pero, la diferencia fundamental consiste en que Cartas anexa las estrategias de autoatención frente a la enfermedad y, para Domínguez las representaciones sociales ocupan un lugar central en su análisis y presenta la voz de los allegados para complementar la visión del proceso social.

Las investigaciones de Robles (2007) y Vázquez y Enríquez (2012), realizadas en el ámbito de las enfermedades crónicas, introducen el cuidado como su objeto de estudio y análisis. Robles aboga por el reconocimiento social del rol de cuidador o cuidadora y en este sentido, analiza la organización, las trayectorias y las tensiones que conlleva; Vázquez y Enríquez dan cuenta de las estrategias de regulación emocional de los cuidadores así como sus alcances y limitaciones. En ambos estudios, las autoras enfatizan que las mujeres son quienes realizan la labor del cuidado en el ámbito familiar privado.

En la mayoría de estas investigaciones se trabaja con personas que padecen diabetes de tipo 2, además de otras enfermedades crónico-degenerativas, y mantienen un control estable de su padecimiento puesto que no se hace énfasis en las complicaciones incapacitantes producidas por la enfermedad. No obstante, en el estudio de Domínguez (2012) se presenta el caso de una mujer indígena, originaria de Zinacantán, Chiapas, a quien le mutilaron dos dedos de su pie. Esta señora ha continuado su vida normal y sigue practicando sus roles sociales.

Un científico social que ha estudiado las complicaciones de la diabetes de tipo 2 es García (2004), ya que, en su trabajo compara las trayectorias del padecimiento entre hombres adultos que han sufrido amputaciones y los que las han evitado. Este autor se centra en la experiencia subjetiva de vivir con el padecimiento y por ello, su herramienta metodológica son las entrevistas. Para facilitar el análisis de los datos, el autor divide la trayectoria del padecimiento en cuatro etapas: vida previa al diagnóstico, diagnóstico, tratamiento y situación actual. Concluye que en un círculo familiar la condición de tener diabetes y/o sufrir una complicación modifica la dinámica, ya que, existen reacomodos y modificaciones en la estructura social. Además, subraya que los antecedentes entre la relación de los miembros de una familia son importantes en la recomposición del núcleo.

Comparando lo que planteo con las contribuciones de los autores y las autoras mencionadas para el tema de la diabetes, la particularidad de mi investigación reside en



que describo y analizo una problemática conjunta que poco se ha estudiado: la experiencia, la disrupción biográfica y el drama social en hombres y mujeres con diabetes de tipo 2 que han sufrido la mutilación de algunos miembros de su cuerpo. Además, para construir una versión intersubjetiva y compleja del proceso social involucro la voz de los familiares involucrados con la cuestión del apoyo y cuidado. Este estudio se enmarca en la perspectiva de la antropología médica que distingue entre las categorías enfermedad, padecimiento y malestar, poniendo especial énfasis en la experiencia de los afectados, es decir, en su vivencia personal narrada a otros por medio de la comunicación oral.

### **1.5 Desarrollo conceptual**

El planteamiento central del problema reside en la experiencia del padecimiento de la persona con diabetes que ha sufrido amputaciones en varios miembros de su cuerpo aunado a que este acontecimiento intensifica los conflictos o diferencias entre los familiares para decidir cómo actuar ante las adversidades y, se presenta el surgimiento del drama social. A continuación, expongo las categorías teóricas que dialogan para explicar los casos concretos que presento.

Uno de los aportes teóricos más importantes en el campo de la antropología médica es la diferencia establecida entre las categorías de enfermedad (*disease*), padecimiento (*illness*) y malestar (*sickness*) contenidos en el proceso salud-enfermedad-atención. Susser fue el primero en tratar de aclarar las divergencias entre enfermedad y padecimiento proponiendo a la primera como el proceso fisiopatológico o enfermedad objetiva y, al segundo como mal, dolencia o estado subjetivo percibido por el individuo (Moreno, 2007).

Parsons, por su parte, añadió el componente social (malestar-*sickness*) del complejo enfermedad-padecimiento mediante el rol del enfermo (Moreno, 2007). Turner (1987) retoma la categoría de Parsons y explica que esta posición se considera como un respiro temporal de las obligaciones sociales y por ende, los estados de salud y enfermedad son criterios para la pertenencia y el compromiso social; así, el rol del enfermo es una forma de desviación social porque se abandona temporalmente el trabajo. La idea del rol del enfermo se desarrolló en sociedades de tipo capitalista en las cuales la labor del obrero es necesaria y fundamental para la reproducción del sistema. La enfermedad de los trabajadores representa un peligro o riesgo para el mismo, así el rol del enfermo puede entenderse como una manera de desviación social.

Aunque Turner (1987) sostiene que el concepto del rol del enfermo no es aplicable a las personas con enfermedades crónicas, reconoce que es una alternativa crítica al modelo médico con énfasis en la causalidad objetiva de la enfermedad en un marco que niega la participación social de la persona. Además, el rol del enfermo fomenta el análisis de la enfermedad como una forma de acción social. En este sentido, concuerdo con que “la contribución vigente de Parsons en esta materia consiste en haber consolidado la noción sociológica de que la condición de enfermo es un rol social” (Castro, 2011:50).

Por su parte, Kleinman (1980, 1988) también añadió un tercer elemento a la dualidad enfermedad-padecimiento, el de la construcción social. Definió la enfermedad como el funcionamiento inadecuado de los procesos biológicos y/o psicológicos, estado patológico; el padecimiento incorpora la experiencia sociopsicológica, es decir, el enfermo y su familia dotan de significados subjetivos a la enfermedad y por último, el malestar se refiere a cualquier situación o acontecimiento que afecta a la población tomando en consideración la estructura macrosocial (política, económica e institucional) que la condiciona.

Según Hofmann (2002) enfermedad, padecimiento y malestar se vinculan con las diferentes visiones de los actores involucrados en el proceso. La enfermedad se refiere al punto de vista de los profesionales de la salud ligado a la cuestión biológica del funcionamiento del cuerpo humano; el padecimiento surge desde el enfoque subjetivo de los involucrados con una enfermedad y, el malestar es la perspectiva del entorno social inmediato con respecto a la enfermedad padecida por una persona o grupos de personas.

Para De la Fuente (2011), en el paradigma médico occidental, la enfermedad es vista como el mal funcionamiento de procesos biológicos y psicofisiológicos sin incluir el conjunto de reacciones personales y culturales ante la enfermedad, es decir, el padecimiento. Para este autor, la experiencia del enfermo está fuertemente moldeada por los factores culturales que orientan la percepción, la conceptualización, la explicación y la evaluación de la misma, incluyendo sus expectativas.

En este sentido, la “enfermedad humana se presenta, de necesidad, dentro de una cultura particular que conforma e influye fundamentalmente en el modo en que se experimenta [...]” (Fitzpatrick, 1990:19). Es decir, de acuerdo con los códigos culturales y sociales del grupo de pertenencia o adscripción cada conjunto social tiene modos específicos de enfrentar, atender y vivir con enfermedades y padecimientos. Pero, “la enfermedad se constituye en una experiencia subjetiva e intersubjetiva”

(Argentina, 2010:62). Se trata de una construcción social en la que intervienen factores culturales, políticos, económicos y de interacciones entre actores.

Retomando la importancia del aspecto social de la enfermedad, es preciso mencionar que además del rol del enfermo existe el rol de cuidador o cuidadora. De tal manera, “los roles sociales implican expectativas y normas sobre qué hacer y cómo hacer, reconocidas en una determinada sociedad y momento histórico” (Robles, 2007:47). Entonces, los cuidadores desempeñan un papel que puede ser reconocido (o no) por su importancia en la estabilidad del ámbito familiar y social. Asimismo, Robles (2007) y Vázquez y Enríquez (2012) declaran que las mujeres somos quienes desempeñamos, la mayoría de las veces, la labor o rol social del cuidado y de tal forma, nos quedamos al margen de otros ámbitos de la vida cotidiana. Arganis (2009) demuestra que cuando los enfermos son varones, la esposa o la concubina se encargan de brindar el apoyo; si se trata de mujeres, se valora la ayuda de los hijos e hijas; pero, si no cuentan con el soporte de sus descendientes entonces recurren a sus vecinos, amigos o compañeros de algún grupo o actividad desarrollada en el ámbito comunitario. Así, en México, el cuidado de los enfermos se ha convertido en un rol de género.

Por otro lado, me enfoco en la experiencia del padecimiento porque es una categoría que enmarca la vivencia subjetiva de cada actor social con respecto a su enfermedad; ésta forma parte de un proceso que incluye diversas facetas y momentos determinantes, como el caso de las amputaciones, en la vida de los involucrados. La noción de experiencia surge de la fenomenología, corriente filosófica preocupada por esclarecer la cuestión de cómo conocemos (Castro, 2011).<sup>18</sup> La experiencia es una herramienta útil para analizar los procesos de salud-enfermedad-atención y además:

Los científicos sociales señalan su potencial como una herramienta conceptual privilegiada en pos de acceder al modo en el que los actores delimitan y definen los episodios de enfermedad, contemplando la dimensión cognitiva pero también la vivencial, afectiva y valorativa de estos procesos -insistiendo en la rehabilitación de lo sensible como espacio analítico de jurisdicción científica- (Argentina, 2010:60).

Mediante la experiencia, construida en las narrativas de actores sociales, podemos tener acceso a información vasta en sentimientos, preocupaciones, inquietudes, emociones, ideas, impresiones y opiniones, es decir, subjetividades relacionadas con vivencias particulares. Éstas pueden ser analizadas por medio de un

---

<sup>18</sup> El fundador de esta perspectiva es Husserl y sus grandes precursores son Martin-Heidegger, Merleau-Ponty, Sartre, Gadamer, entre otros (Castro, 2011).

cuerpo teórico que ayude a entender la manera en que se viven determinados procesos en sociedades específicas. Así, “la narrativa es la forma a través de la cual la experiencia es representada, re-contada y comunicada” (Recoder, 2011:84), es la estrategia metodológica central en esta investigación porque permite el análisis y la comprensión de las experiencias vividas.

La experiencia se va construyendo, formando y moldeando a través de eventos, sucesos y situaciones que conlleva el vivir cotidiano. Entonces, “la experiencia no es al modo ingenuamente empirista o conductista un acontecimiento interno o un estado psicológico que se pueda fijar permanentemente: no es inmediata y tampoco es estable” (Díaz Cruz, 1997:13). Las experiencias se van nutriendo y modificando por medio de las acciones e interacciones sociales y por consiguiente “la experiencia vivida y las actividades sociales tienen, pues, una compleja relación con los relatos que las refieren” (Good, 2003:255), es decir, tienen un sustento empírico concreto.

La perspectiva de la experiencia del padecimiento resulta enriquecedora en este trabajo porque permite establecer un diálogo intersubjetivo entre los actores sociales, que ayuda a aclarar, a enriquecer o a contrapuntear las múltiples y variadas visiones de una misma enfermedad. Así, la experiencia del padecimiento se entiende como:

[...] aquel fenómeno social cambiante de naturaleza subjetiva en el cual los individuos enfermos y los integrantes de su red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo o emocionales, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos, y una serie de eventos ligados y/o derivados del padecimiento y de su atención, todo ello en el marco de las estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan y moldean (Mercado, Robles, Ramos, Moreno y Alcántara, 1999:182).

Por lo tanto, la experiencia del padecimiento se refiere tanto al punto de vista del actor social involucrado como también a la visión subjetiva de las personas que forman parte de su entorno social cercano. Esta perspectiva se encuentra permeada por el contexto histórico, social, económico, político y religioso de los actores sociales implicados; además, influyen las condiciones de género, de clase social y de pertenencia étnica, así como las múltiples experiencias, conocimientos y saberes adquiridos por los individuos durante el curso de su vida cotidiana.

La importancia y el beneficio de estudiar el entorno social, en este caso a los familiares involucrados en el tema del cuidado, de la persona que padece una enfermedad crónica como la diabetes y ha sufrido sus complicaciones, reside en la

riqueza de la información que se puede obtener. En este sentido, concuerdo con González (2006) en que existe una:

[...] necesidad tanto teórica como pragmática de recuperar a este grupo social, en términos de un abordaje cualitativo que permita identificar las actitudes y relaciones que guardan sus miembros ante procesos que son identificados como problemas de salud, y cuyo origen, curso y desenlace se encuentran estrechamente vinculados a las construcciones significativas que comparten y confrontan los integrantes del grupo familiar respecto a la idea y manejo de aquello que se nombra como ‘enfermedad’, y que para el caso de quien es diagnosticado como enfermo, representa una sustancial modificación de su presencia al interior de la familia, al tiempo que para la familia se inicia también un proceso de cambios, en los que se dibujan maneras diferentes de entender y actuar en torno a la enfermedad y al enfermo, particularmente en relación con el diagnóstico de diabetes en la familia [...] (González, 2006:13-14).

De tal manera, el espacio familiar se convierte en el escenario donde confluyen múltiples visiones de la enfermedad y del padecimiento. Al mismo tiempo, resulta un sitio de interacción subjetiva en la que pueden presentarse divergencias y convergencias con respecto a las maneras de actuar frente a la adversidad. Con el tiempo, la persona afectada y su familia logran adaptarse a situaciones inesperadas, desagradables y/o traumáticas, ya que, despliegan mecanismos de reacomodo y ajuste que impiden el colapso del grupo social. Los integrantes de las familias encuentran los modos de solucionar los problemas propios de la vida cotidiana.

La enfermedad como un proceso disruptivo en la biografía de los actores sociales, la movilización de recursos que conlleva y las adaptaciones a las que se ven obligados a recurrir son temas abordados por Bury (1982). Este autor, mediante un estudio en el noreste de Inglaterra con 25 mujeres y cinco hombres que padecían artritis reumatoide, señaló que las enfermedades crónicas se conceptualizan como un tipo particular de evento disruptivo, como una especie de experiencia importante que provoca cambios bruscos en la vida de una persona.

En este sentido, Bury se concentró en pacientes cuya artritis reumatoide fuera emergente con la finalidad de “explorar los problemas del reconocimiento, los cambios en la situación de vida y en las relaciones ocasionados por el desarrollo de la enfermedad” (Bury, 1982:167). También distinguió las fases de esa enfermedad crónica para explicar las consecuencias y los cambios en las personas que la padecían. Identificó la creciente dependencia que implica la enfermedad como un problema importante y apuntó que las expectativas y los planes a futuro planteados por los aquejados tenían que ser reexaminados de acuerdo a su nueva condición.

En consecuencia, Bury (1982) vinculó tres aspectos de la disrupción durante el desarrollo de una enfermedad crónica. En primer lugar, ocurre una ruptura de supuestos y comportamientos dados por sentados; los límites del sentido común se ven afectados. Esta etapa implica ponerle atención a los estados corporales inusuales para tomar la decisión de buscar ayuda. En segundo lugar, existen profundas modificaciones en los sistemas explicativos utilizados por las personas y de tal manera, sobreviene un replanteamiento fundamental de la biografía y del concepto de sí mismo. En tercer lugar, la respuesta a la disrupción involucra la movilización de recursos para hacer frente a una situación que altera la normalidad.

Bury (1982) demostró que un individuo con una enfermedad crónica tiene la posibilidad de hacer adaptaciones concretas en su forma de vida para sobrellevar su situación pero cuando se le presentan eventos preponderantes y significativos, tales como las intervenciones quirúrgicas o las exacerbaciones repentinas de sus síntomas, recurre al clásico comportamiento del rol del enfermo. Este autor argumentó que la enfermedad es un tipo de experiencia en la cual las estructuras de la vida cotidiana y las formas de conocimiento en que se sustentan se ven transgredidas. Además, la enfermedad crónica implica un reconocimiento de los mundos del dolor, del sufrimiento y de la muerte. De tal forma, a partir de la presentación de las complicaciones un individuo acepta que su condición de enfermedad es verdadera.

Para el caso particular de la artritis reumatoide, Bury (1982) explicó que quienes la padecieron tuvieron la comprensión de que el conocimiento biomédico para esa enfermedad era incompleto, ya que, no se determinaba con precisión el diagnóstico adecuado. Además, como el tratamiento estuvo basado en la práctica del ensayo y error los individuos tuvieron que ver en retrospectiva su propio acervo de conocimientos y su experiencia biográfica. La enfermedad significó, por lo tanto, una disrupción en las estructuras de explicación y significados dados por sentado.

Según Bury (1982) los individuos sostuvieron que se trataba de una enfermedad incapacitante a corto plazo y por ello, tuvieron sentimientos relacionados con el miedo y la incertidumbre que genera esa condición. De tal forma, la enfermedad fue percibida como una disrupción para la movilización de recursos materiales y prácticos. El autor planteó entonces que la presencia o la ausencia de una red social de apoyo representan una diferencia significativa en el curso de la discapacidad; asimismo, el mantenimiento de las relaciones de amistad con los vecinos y las relaciones de reciprocidad fueron centrales.

Además, a medida que pasa el tiempo, la persona con una enfermedad tiende a aislarse; es decir, su participación en el ámbito público de la sociedad se ve afectada tanto por las limitaciones funcionales como por la vergüenza que tales discapacidades suscitan. De aquí que las desventajas del aislamiento social y la dependencia que se derivan de la disrupción de las relaciones sociales no sean simplemente generadas de la capacidad o la incapacidad para llevar a cabo tareas y actividades (Bury, 1982).

Pero, además del aislamiento social como una consecuencia colateral de la enfermedad, las complicaciones de la misma desencadenan situaciones complicadas y abruptas que rompen con la dinámica habitual del grupo llegando a convertirse en dramas sociales. Turner (1974) introdujo la noción del drama social para explicar los conflictos políticos de intereses entre los habitantes de la sociedad Ndembu, en Zambia, África. Dada la importancia de su aportación, en esta investigación usaré la categoría de drama social para analizar las experiencias, tanto de aquejados como allegados, de padecer diabetes porque es un concepto dinámico adaptable a las situaciones de conflicto familiar provocado por las enfermedades.

Para Turner (1974), los dramas y las empresas sociales (entendidas como unidades procesuales) representan secuencias de eventos que poseen una estructura y se organizan a través de relaciones temporales más que espaciales. El drama social tiene un perfil diacrónico y consta de fases estructurales cuyos aspectos más estables son las acciones y las interrelaciones. En este sentido, el drama social “típicamente tiene cuatro fases principales de acción pública, accesible a la observación” (Turner, 1974:37-38). Las fases del drama social se presentan en orden cronológico, la primera se refiere a la brecha o al incumplimiento de las normas que controlan las relaciones sociales en un sistema; la segunda, es una etapa de creciente crisis; la tercera, hace alusión a la acción correctora; y, la cuarta se conoce como de reintegración o reconocimiento y legitimación social del sistema. A continuación explico a detalle cada una de ellas.

La primera fase del drama social, conocida por Turner (1974) como brecha de las normas sociales puede ocurrir entre personas o grupos dentro de un mismo sistema de relaciones sociales. Sea éste un pueblo, un cacicazgo, una oficina, una fábrica, un partido político, una iglesia, un departamento universitario, o cualquier otro sistema perdurable o campo de interacción social. El autor señala que tal brecha es señalada por el público como el incumplimiento deliberado de alguna norma fundamental que regula la relación entre las partes; es un símbolo evidente de la disidencia. Subraya que el drama social no es un crimen, aunque, puede formalmente asemejarse a uno; por otro lado, un individuo puede abrir una brecha operando ó creyendo que actúa en nombre de

otras partes sean éstas conscientes o no de su proceder, así, se percibe como un representante del grupo social.

En la segunda fase Turner (1974) sostiene que sobreviene una creciente crisis durante la cual, a menos que la brecha pueda ser sellada rápidamente dentro de un área limitada de interacción social hay una tendencia para ampliar y extender la brecha dentro de las relaciones sociales relevantes a las que pertenecen las partes conflictivas o antagónicas. Para los Ndembu la fase de crisis expone el patrón de las intrigas entre facciones, encubiertas y realizadas en privado, dentro del grupo social, pueblo, barrio o cacicazgo; en esta etapa, se hace visible el cambio gradual de la estructura social, compuesta de relaciones con un alto grado de constancia y consistencia apoyadas por patrones normativos establecidos en el curso de regularidades de acondicionamiento, formación y experiencia social. En el estado de crisis sobrevienen puntos de inflexión o momentos de peligro y suspenso, es decir, cuando asuntos importantes se revelan es más difícil ponerse máscaras o pretender que nada ha ocurrido. Por consiguiente, cada crisis pública posee características liminales, ya que, representa un umbral entre fases más o menos estables del proceso social.

La tercera fase es denominada por Turner (1974) como acción correctora. Así, para limitar la propagación de la crisis, ciertos mecanismos formales o informales de ajuste y corrección son puestos en funcionamiento por miembros destacados o representativos del sistema social perturbado. Estos elementos varían mediante factores tales como la profundidad y el significado social compartido de la brecha, la inclusión social de la crisis, la naturaleza del grupo social dentro del cual la ruptura tuvo lugar y, el grado de autonomía con referencia a sistemas más amplios o externos de relaciones sociales. El autor recomienda que cuando se estudia el cambio social es necesario centrarse en esta tercera fase porque mediante ella se puede comprobar si los mecanismos correctores fueron capaces de manipular la crisis a fin de restablecer la armonía, el *status quo* anterior o por lo menos, restablecer la paz entre los grupos contendientes.

En la última fase Turner (1974) distinguió ciertas consistencias, ya sea, que el grupo social perturbado se reintegre o se reconozca y legitime socialmente el cisma irreparable entre las partes contendientes. Esta fase para los Ndembu, a menudo, significa la separación de una parte del resto del pueblo; pero, ocurre con frecuencia que después de varios años los pueblos que se formaron con anterioridad patrocinan rituales importantes en los cuales los miembros de otras localidades son expresamente invitados, registrando así la reconciliación en un nivel diferente de integración política.



Para Turner (1974) esta fase representa el clímax temporal, la solución o el desenlace, es una oportunidad para hacer un balance. De tal forma, nuevas normas y reglas pudieron haber sido generadas durante los intentos de corregir el conflicto; las antiguas reglas serán desechadas, desacreditadas o derogadas y las bases del soporte político se habrán alterado. La distribución de los factores de legitimación habrá cambiado, así como también las técnicas usadas por los líderes para obtener la obediencia o conformidad de sus subordinados. Sin embargo, a través de todos estos cambios, ciertas normas y relaciones cruciales (y otras menos cruciales, incluso triviales y arbitrarias) persistirán. La explicación de la constancia y el cambio sólo puede encontrarse en el análisis sistemático de unidades procesuales y estructuras temporales.

Según Turner (1974) cada fase tiene sus propiedades específicas, y cada una deja su sello especial en las metáforas y en los modelos de las mentes de las personas involucradas en el flujo sin fin de la existencia social. Los dramas están contenidos en los procesos sociales como un escenario con sus actos y escenas; las fases del drama social pueden verse como la acumulación del clímax. Señala, además, que cada fase tiene sus propias formas y estilos de habla, su propia retórica, sus propios simbolismos y tipos de lenguajes no verbales. Estos varían, por supuesto, según la cultura y el tiempo, pero existen ciertas afinidades genéricas entre los discursos y los lenguajes en la fase de crisis, en la correctora y en la de restauración de la paz. Asimismo, la distinción de las fases del drama social es más que una simple historiografía, ya que, implica la utilización de herramientas conceptuales de la antropología social y la antropología cultural. El estudio de los procesos está incluido en el análisis dramático.

El drama social, no equivalente a un crimen o delito, se relaciona con el padecimiento como un suceso que pone a prueba las posturas y los niveles de compromiso de cada persona cercana al enfermo. Asimismo, el padecimiento, en calidad de crisis, genera tensiones. A lo largo de su curso, se revelan los conflictos entre las personas involucradas para adaptar sus agendas en la decisión de apoyar o no.

Para los casos que aquí atañen, las tensiones y los conflictos generados a la par de las complicaciones en una persona enferma de diabetes ponen al descubierto el drama social. Los actores sociales inmiscuidos en la problemática deben resolver sus diferencias con el fin de sobrellevar de manera positiva los malestares derivados del padecimiento. El proceso adaptativo conlleva estrategias implementadas para llegar a acuerdos y reacomodos en pro de la dinámica familiar pero, sobre todo del involucrado con la enfermedad.

## 1.6 Perspectiva metodológica

En esta investigación utilizo la perspectiva cualitativa en la que se “privilegia el estudio ‘interpretativo’ de la *subjetividad* de los individuos, y de los productos que resultan de su interacción” (Castro, 1986:64).<sup>19</sup> En esta visión los sentimientos, emociones, prejuicios e ideas que los actores sociales transmiten a través de la comunicación y en el vivir cotidiano son aspectos clave. Sin embargo, integro información y datos cuantitativos porque me parecen útiles en la medida que ayudan a presentar un panorama general de la problemática. La experiencia del padecimiento rescatada a través de las narrativas por medio de la entrevista a profundidad constituye el principal abordaje metodológico en esta investigación.

Pero, ¿qué implica trabajar con narrativas referidas a la experiencia del padecimiento? En primer lugar, la experiencia “se ha de organizar necesariamente a través del lenguaje: del lenguaje en tanto institución, en tanto producto pero también como proceso histórico y cultural” (Díaz Cruz, 1997:12). Mediante el lenguaje, en este caso la comunicación oral encapsulada en una grabadora de audio, podemos aproximarnos a las experiencias (influenciadas y vividas en un contexto particular) de los actores sociales. En segundo lugar, “no tenemos acceso directo a la experiencia de otros. Podemos preguntar directa y explícitamente, pero solemos saber más acerca de la experiencia a través de las historias que nos cuentan sobre lo ocurrido a otros o a su alrededor” (Good, 2003:255). De ahí entonces, la importancia del lenguaje y la narración. En tercer lugar, “las narrativas se basan en representaciones subjetivas de eventos, vistos a través de los ojos de quien narra” (Eroza y Álvarez, 2008:381). Lo importante es que por medio de las narrativas los actores sociales presentan su particular forma de ver la vida y de convivir con las diferentes y variadas situaciones. Por último, los testimonios o las narrativas ofrecen “una descripción interpretativa y minuciosa que refleja ante todo, la gran diversidad de significados que posee la vida humana” (Ponce, 2006:21). Así, las experiencias vividas están cargadas de significaciones en continua socialización.

En las narrativas los actores sociales presentan sus experiencias de acuerdo a su relevancia, es decir, a la importancia concedida a hechos o sucesos que pudieron ser determinantes en sus vidas. No obstante:

---

<sup>19</sup> Las comillas y las cursivas son del autor.

Si consideramos a las narrativas herramientas de investigación, es importante tomar en cuenta que éstas son en gran medida propiciadas por el propio investigador. Aunque éstas confieren libertad al narrador para construir su testimonio, usualmente esto ocurre en un contexto de investigación. El investigador ha establecido previamente qué tipo de narrativa quiere obtener. Ciertamente, esto no reduce el valor de las narrativas, pero subraya el hecho de que desde la posición del investigador la mayoría de las veces las narrativas no constituyen prácticas preexistentes (Eroza y Álvarez, 2008:383).

Estoy de acuerdo con lo anterior, sin embargo, considero que cuando la o el investigador trata de delimitar las temáticas que le interesan o conciernen, los actores sociales basan sus narraciones en los acontecimientos o eventos significativos para ellos. Entonces:

La estrategia narrativa es una forma mediante la que la experiencia es representada y relatada, en la que los acontecimientos son presentados con un orden significativo y coherente, en la que las actividades y acontecimientos son descritos junto a experiencias asociadas a ellas y la significación que les aporta sentido para las personas afectadas. Pero la experiencia excede siempre con mucho a su descripción o narrativización (Good, 2003:255).

En este sentido, los testimonios o narrativas reflejan sólo una parte de lo que los actores sociales han experimentado; esta delimitación es realizada por quien narra y depende de lo que quiere externar y la manera como lo hace. La riqueza de las narrativas, recolectadas por medio de las entrevistas, reside en que se pueden encapsular y transcribir para su análisis posterior.

### **1.7 Técnicas de investigación**

La técnica utilizada para recolectar las narrativas de las experiencias de las dos mujeres y los dos hombres así como las de sus familiares involucrados en la cuestión del cuidado fue la entrevista a profundidad. Por otro lado, la observación participante fue importante en la medida que me ayudó a comparar o complementar la información que los actores sociales transmitieron en sus narrativas, con su forma de proceder durante las interacciones y las prácticas cotidianas. La observación participante es “una técnica de campo central, que da sentido y articula todo el conjunto de informaciones que se pueden obtener a partir de las otras técnicas de campo” (Pujadas y otros, s/f: 5). Por medio de esta técnica se obtiene información relevante y de contexto para dar un sentido más profundo a lo relatado por los actores sociales.

Una técnica complementaria que utilicé fueron las genealogías.<sup>20</sup> Éstas me ayudaron a conocer el parentesco, la composición de las familias, las edades, los fallecimientos con sus causas y, las enfermedades que en la actualidad aquejaban a la familia. También revisé algunas fuentes secundarias de información como libros, artículos de revistas científicas y páginas de internet para documentar y redactar el capítulo titulado: “Kinchil, contexto de la investigación”. Además, complementé esa información con el trabajo etnográfico que realicé durante mi estancia en la localidad.

### **1.8 Inicio del trabajo de campo**

Entrar a la localidad fue relativamente sencillo, ganarme la confianza de la gente no lo fue tanto. Soy consciente de que mi personalidad influyó en la manera como me desarrollé durante el trabajo de campo. Mi género, mi pertenencia a una clase social, mi lugar de origen, mi nivel de escolaridad, mi formación académica y mis experiencias pasadas intervinieron en el desenvolvimiento en la labor antropológica. El trabajo de campo duró cuatro meses, de septiembre a diciembre de 2013.

El primer día que llegué a Kinchil, con la intención de encontrar una casa para instalarme y vivir ahí por cuatro meses, avisé de mi llegada a las autoridades municipales. Un grupo de mujeres regidoras me recibieron en el Palacio Municipal, les expliqué el motivo de mi presencia en la localidad y les pedí que me ayudaran a encontrar una casa. Me preguntaron que con quiénes trabajaría, en dónde y cuál era el lugar de mi procedencia. Les expliqué que era de Mérida y tenía la intención de trabajar con las personas que habían sufrido amputaciones por la diabetes y que mi labor sería visitar a cada una de estas personas en su domicilio para hacerles entrevistas; así, quedaron satisfechas con mis respuestas. En ese momento, me designaron a una persona que me ayudó a encontrar una vivienda. Esta mujer se llama Guadalupe pero en la localidad es mejor conocida como doña Lupe. A partir de ese entonces, doña Lupe se convirtió en mi “portera” y amiga.

Cuando terminé de instalarme en mi nuevo domicilio, comencé con el trabajo. Acudí a la unidad de salud del IMSS para pedir información acerca de las personas con diabetes y amputaciones. Me atendió una enfermera y me explicó que hacía varios años un grupo de investigadores había trabajado el mismo tema que yo. Comprendí que hacía referencia al equipo del proyecto de diabetes, mencionado con anterioridad, y le dije

---

<sup>20</sup> Aunque, las genealogías son una técnica valiosa de la antropología social a mí me sirvieron únicamente para contextualizar los casos y como mi objetivo no es encontrar la relación de la diabetes de tipo 2 con la herencia decidí prescindir de su presencia en el cuerpo del texto.

que yo trabajaría diferente a como ellos lo hicieron. Me comentó que la información que requería debía solicitárselas a las voluntarias de salud,<sup>21</sup> me recomendó que fuera con cada una de ellas y les preguntase todo lo que yo requería saber; en total son cuatro, ese día había dos en la unidad de salud y me presenté con ellas. Me dieron sus nombres y la ubicación de sus domicilios para que yo fuera a visitarlas. Como no conocía muy bien la localidad, le pedí ayuda a doña Lupe y me acompañó a visitar a las voluntarias de salud con las que me había encontrado y me mostró los sitios donde podía hallar a las otras dos.

Encontré a las cuatro voluntarias de salud pero sólo tres de ellas me confirmaron casos de personas con amputaciones por diabetes en su sector. Una de ellas me llevó a casa de la única persona en su sector con este tipo de complicación, gracias a ello conocí a doña Magali. Las otras dos voluntarias me dieron los nombres de las personas que yo necesitaba encontrar pero, no me acompañaron a sus casas. Así que de nuevo le pedí ayuda a doña Lupe para que me llevase a las casas de las demás personas; ella, como vecina de la localidad, me acompañó a visitar a don Chelín. Para el caso de doña Elvira, doña Antonia y don Pedro fui sola a presentarme.

Según la información que me brindaron en la unidad de salud, en julio de 2013, en Kinchil habían 219 personas identificadas con diabetes de tipo 2, de las cuales 79 (36%) eran hombres y 140 (64%) mujeres. En total eran cinco las personas que padecían diabetes de tipo 2 y habían sufrido amputaciones: doña Antonia, doña Magali (hija de doña Antonia), doña Elvira, don Pedro y don Chelín. El tiempo de haberles quitado sus miembros del cuerpo y el tipo de amputación sufrida fue variado.

### **1.9 Caso fallido y excepcional, casos confirmados. Cuestiones éticas, grado de confianza y empatía con los entrevistados**

El caso de doña Antonia fue especial. Puedo resumirlo como debut y despedida. El primer día fui a verla y me presenté, le dije cuáles eran mis intenciones y le empecé a preguntar por sus familiares tratando de encontrar datos interesantes que me ayudasen a contextualizar su caso. Luego, regresé a su casa como en cuatro ocasiones pero no pude volver a verla. Cuando iba, una mujer desde su hamaca me decía que a doña Antonia le dolía la cabeza y que no me podía recibir. Dejé de insistir con a doña Antonia por el bien de ambas. Esta situación me dejó un poco preocupada y frustrada porque yo quería trabajar con todo el universo de estudio, es decir, con todas las personas de Kinchil que

---

<sup>21</sup> En el capítulo 2, en el apartado de recursos en salud explico quiénes son las voluntarias de salud, sus funciones y cómo se vinculan con el tema de la diabetes.

tenían diabetes y habían sufrido amputaciones. Seguí adelante. Decidí que quien quisiera participar en mi estudio lo haría con plena voluntad.

Trabajé entonces con doña Magali, doña Elvira, don Chelín y don Pedro. Mi estrategia metodológica en campo fue, antes que nada, establecer relaciones interpersonales con los individuos afectados por la diabetes y sus complicaciones para después, concentrarme en sus familiares. En un principio me interesó explorar y construir la experiencia del padecimiento de las personas afectadas por la diabetes para encontrar los dramas que habían vivido y por ello, durante el trabajo de campo decidí dedicar más tiempo a los afectados. En este sentido, el acercamiento con ellos comenzó en septiembre y las entrevistas se llevaron a cabo durante todo el mes de octubre y, en la primera quincena de noviembre. Las entrevistas a los allegados fueron en la segunda mitad de noviembre y durante diciembre.

Aunque, la lengua materna de mis entrevistados principales haya sido el maya yucateco todas las entrevistas se llevaron a cabo en español. Asimismo, todas fueron grabadas en audio con previa aprobación de mis entrevistados; no elaboré una carta para que ellos firmaran su consentimiento porque ninguno de ellos se mostró desconfiado y no creí necesario implementar esa medida. Los entrevistados me dieron su permiso apalabrado para usar sus nombres o apodos reales en este documento. No tomé fotografías donde se vieran sus amputaciones porque se me hizo una falta de respeto o una morbosidad de mi parte. Me reservo la información que pueda perjudicarlos.

Antes de proseguir debo mencionar que el proceso con doña Magali se terminó antes de lo previsto. Fui a visitarla cuatro veces y en tres de esas ocasiones pude entrevistarla. En la última entrevista que le hice, formulé preguntas relacionadas con su contexto familiar; mi intención era averiguar a qué se dedicaba su esposo, sus hijos y sus hijas, estaba buscando detalles que me ayudaran a entender mejor su caso y las relaciones de apoyo y cuidado. No obstante, después de esa visita doña Magali dejó de recibirme. Cuando iba a verla, una de sus hijas salía a decirme que su madre no podía atenderme porque se sentía mal. Fui como en cinco ocasiones a visitarla, con la esperanza de platicar de nuevo con ella, y en todas me la negaron. Entonces, me di por vencida y no regresé más. Ya luego, me enteré de situaciones delicadas y penosas que se contaban en el pueblo sobre la familia de doña Magali. Justo, por ignorancia, la última vez que la entrevisté hice cuestionamientos que tal vez le llevaron a pensar que yo estaba buscando información que podía provocar algún tipo de daño o perjuicio para su familia. En el capítulo 3 detallo mejor su situación. Esta experiencia representó un gran aprendizaje en mi formación personal y como antropóloga.

Por otro lado, a pesar de que lo intenté no pude establecer el mismo grado de confianza y empatía con todos mis entrevistados y sus familias; en cierta medida, esto se refleja en la información brindada durante las entrevistas. Con respecto al nivel de empatía y confianza, en orden ascendente, puedo mencionar a don Chelín, don Pedro, doña Elvira y doña Magali. Me pareció un poco extraño que los varones fueron los que mayor información me brindaron con respecto a sus sentimientos, creí que las mujeres se explayarían más; factores culturales y de género influyeron en esto. En mi experiencia, las mujeres hablamos de nuestras tragedias con mayor regularidad que los hombres y, sin caer en un estereotipo de género, pudiera ser que los varones hayan encontrado en las entrevistas un espacio de desahogo que no encontraron años atrás. Por otro lado, las esposas de los varones siempre fueron atentas conmigo y por ello, pude establecer una relación más estrecha. También ocurrió algo curioso. En algunas ocasiones, las personas con diabetes y amputaciones hablaron con menor extensión de todos los pormenores del proceso de su enfermedad que sus allegados. Para estos últimos, las entrevistas fueron una especie de desahogo profundo con respecto a su situación y la de sus familiares.

#### **1.10 Entrevistas a los actores sociales principales y a los familiares vinculados con la cuestión del cuidado**

Antes de comenzar a realizar las entrevistas a profundidad concerté citas cuya finalidad era presentarme y elaborar genealogías. Después, programé cuatro sesiones de entrevistas con cada uno de los actores sociales principales y para ello, elaboré una guía con preguntas generadoras. El objetivo general de las entrevistas fue construir una historia de su enfermedad, de su complicación, así como un relato de su vivir cotidiano. Para documentar la historia de la diabetes había preguntas relacionadas con la temporalidad de la enfermedad, con los síntomas iniciales y con las causas atribuidas, es decir, con todas aquellas argumentaciones alrededor del padecimiento que explicaran su aparición y desarrollo. Los cuestionamientos para la parte de las complicaciones estuvieron encaminados a explicar cómo se había desarrollado el proceso e incluían las experiencias desde la primera llaga hasta la amputación del miembro de su cuerpo. En este sentido, las temáticas sobre el diagnóstico, la hospitalización y el apoyo de los miembros de su familia, fueron relevantes. Para el tema de la vida cotidiana, las preguntas generadoras se enfocaron en las actividades que realizaban en un día normal, en quiénes eran las personas que los acompañan de cerca y en lo que hacían por ellos.

Las entrevistas se llevaron a cabo en los domicilios de las personas con diabetes. El sitio de la casa donde los entrevisté no varió. A doña Magali la entrevisté en una pieza de su casa que daba a la calle y servía como sala, dormitorio y lugar de esparcimiento; siempre se encontró sentada en su hamaca junto a la televisión. A doña Elvira la entrevisté en la única pieza de su casa; todo el tiempo estuvo sentada en su hamaca. A don Pedro lo entrevisté en una pieza de su casa que daba a la calle, se usaba como dormitorio y ahí se encontraba el refrigerador de toda la familia; don Pedro siempre estuvo recostado en su hamaca, excepto en una ocasión que llegué y se había terminado de bañar, esa vez estaba en su silla de ruedas. Las entrevistas a don Chelín fueron en una parte abierta pero techada de su casa que hacía las veces de comedor, sala y estancia para las visitas; don Chelín siempre se encontró en su silla de ruedas.

Para el caso de doña Magali fueron tres entrevistas en octubre con una duración total de grabación de 66 minutos. Con doña Elvira fueron cuatro, tres en octubre y una en noviembre, con una duración total de 77 minutos. Con don Chelín, cuatro, tres en octubre y una en noviembre, con 150 minutos grabados. Para el caso de don Pedro fueron cuatro en el mismo orden que las de doña Elvira y don Chelín, con 144 minutos. Todas las entrevistas se llevaron a cabo en 2013.

El lugar de la casa donde realicé las entrevistas siempre estuvo concurrido. En el caso de don Pedro y don Chelín sus esposas se quedaron a participar en las entrevistas por lo cual, resultaron como una especie de diálogo. La generalidad, fue que mientras llevábamos a cabo las entrevistas los otros miembros de la familia entraban, salían, conversaban, escuchaban unos segundos y regresaban a sus actividades cotidianas.

Mientras entrevistaba a doña Magali, a doña Elvira, a don Chelín y a don Pedro observaba quién o quiénes eran los familiares que estaban al pendiente de su cuidado. Esta mirada estuvo complementada por la información que los afectados me brindaron. En el caso de doña Elvira entrevisté a su esposo y a una de sus nueras; al cónyuge porque a fin de cuentas era la única persona que vivía con ella y se encargaba de cuidarla y, a la nuera debido a que todos los días les mandaba comida. En el caso de los varones entrevisté a su esposa y a una de sus hijas; las esposas fueron actoras sociales clave debido a que se encargaban del cuidado casi total de sus parejas, las hijas fungían como ayudantes en caso de que la esposa faltara en algún momento o complementaban el apoyo.

En la entrevista a profundidad con los familiares vinculados con la cuestión del cuidado tenía por objeto recabar la historia de la enfermedad, de las complicaciones y de la actualidad en su ser querido afectado con la diabetes pero, narrado desde su



particular punto de vista. La conversación con ellos fluyó de forma natural; comencé con una pregunta generadora y siguieron con el orden cronológico de los hechos ocurridos. Tenían muchas ganas de hablar, de decir lo que sintieron y lo que les parecía que sintió su familiar; las entrevistas fueron una especie de desahogo para ellos y para mí, esclarecedoras y explicativas. Una entrevista fue suficiente para recabar la información de la nuera, las hijas y el esposo; el tiempo de grabación vario de 40 a 80 minutos. A las esposas les realicé dos entrevistas, en total con doña Mari fueron 130 minutos de grabación y con doña Basilia, 100.

No pude controlar que en muchas ocasiones mi entrevistado principal estaba cuando dialogaba con su allegado. Al principio creí que esta situación podría resultar contraproducente pero sucedió lo contrario porque la persona directamente afectada con la enfermedad se sentía con el derecho de interrumpir, complementar o explicar algún tema que su familiar había puesto sobre la mesa. Al final, la dinámica resultó enriquecedora por los contrastes y las convergencias surgidas en las versiones narrativas. En resumen, entrevisté a 16 personas durante el trabajo de campo, esta sumatoria incluye a las cuatro personas con diabetes y amputaciones, los seis familiares, las cuatro voluntarias de salud, el médico y la enfermera de la clínica de Kinchil.

### **1.11 Sentimientos personales durante el trabajo de campo y despedida de mis entrevistados**

Trabajar la temática de la diabetes y sus complicaciones en un entorno de pobreza y falta de oportunidades (como por ejemplo, a la información y a la educación) no fue muy grato para mí por todas las implicaciones que esto supuso. Surgieron sentimientos y emociones con los que tuve que lidiar a lo largo del trabajo de campo. Sin embargo, a pesar de ello pude realizar lo que me había propuesto desde el principio, es decir, las entrevistas a profundidad y la observación participante.

Mi principal preocupación en campo fue llevar a cabo a tiempo todas las entrevistas a profundidad, tanto a los afectados con la enfermedad como a sus allegados. Tuve que sortear varios obstáculos en el camino y cuando no pude realizar una entrevista porque las personas estaban ocupadas o se encontraban mal de salud me sentí frustrada pero, traté de portarme lo más amable y comprensiva, es decir, nunca fui grosera.

Plasmé mis sentimientos al respecto en el diario de campo: “trabajo con personas, a veces no querrán recibirme o no podrán hacerlo, me tengo que aguantar” (viernes 11 de octubre de 2013); “fui aunque tenía en mente que si no me atendía era

porque se iba a misa” (viernes 18 de octubre de 2013); “lo bueno es que ella siempre me permite pasar, después de la primera vez que me dijo que no, no se ha vuelto a negar a platicar conmigo” (martes 22 de octubre de 2013); “creo que no le encanta que le haga preguntas pero sí que la vaya a ver” (martes 22 de octubre de 2013); “salió a decirme que ya se le había gastado su rollo, que hoy no tenía nada que decirme. Estaba un poco desconcertada y molesta pero, ni modo, así son las cosas” (jueves 24 de octubre de 2013); “me dijo que no podría atenderme porque estaba cuidando a su nieto, el mismo que cuidó un día que fui a entrevistarla, entonces le pregunté cuándo sería un buen día” (lunes 2 de diciembre de 2013); “estaba en su comedor platicando con una señora...me anunció su nieta: ‘¡ya vino la señora!’, como vi que estaba ocupada le dije que podía regresar, me dijo que fuera el miércoles a las cinco de la tarde” (lunes 2 de diciembre de 2013).

Pero, cuando lograba mis objetivos planteados durante el día me sentía satisfecha y feliz: “este día fue muy provechoso, sobre todo porque realicé tres entrevistas por la tarde” (Diario de campo, viernes 18 de octubre de 2013); “hoy fue un día bueno, productivo, me la pasé súper distraída” (Diario de campo, martes 22 de octubre de 2013). Esas situaciones me daban ánimos para seguir con mi proyecto.

La soledad me afectó un poco, después de escuchar las tragedias que le habían ocurrido a mis entrevistados me ponía triste: “este día estaba un poco baja de ánimos, estaba un poco preocupada” (Diario de campo, lunes 21 de octubre de 2013). También sentí empatía y un profundo sentimiento de pena y conmiseración hacia mis entrevistados principales: “don Chelín es la única persona...bueno con doña Elvira me pasa algo parecido...a la que, a veces, me han dado ganas de darle una palmadita en la espalda o algo así. Se me hace que no está muy contento por su situación y ¿quién lo estaría? Yo no. De verdad que no” (Diario de campo, viernes 18 de octubre de 2013); “hubo un momento en que pareció que sus ojos se le llenaron de lágrimas, lágrimas que contuvo, ya sea porque no quería ponerse a llorar o porque sus nietos o su nuera la distraían” (Diario de campo, miércoles 13 de noviembre de 2013); “yo agradecí y me retiré muy contenta de que la entrevista salió muy bien, pero me quedé pensando en las tragedias que me contaron” (Diario de campo, miércoles 13 de noviembre de 2013). Pero luego, esos sentimientos se fueron convirtiendo en respeto y consideraciones por el amor a la vida.

Estuve un poco enferma, creo que mis defensas estuvieron bajas, me sentía estresada: “me puse crema para el fuego labial, me salió desde el martes. Se supone que no me debe dar el sol porque le hace mal a mi herida. Pues me protegí de él y salí”

(Diario de campo, jueves 14 de noviembre de 2013); “me fui unos días a mi casa porque tenía diarrea. Esta enfermedad la tenía desde hace varios días pero, cuando se agudizó tuve que ir a consultar” (Diario de campo, martes 17 de diciembre de 2013).

Desde mi llegada les expliqué a las familias con las que trabajé que sólo me quedaba por cuatro meses en Kinchil, sabían que después de ese lapso de tiempo ya no estaría con ellos porque regresaría a Chiapas para terminar con la tesis que había empezado gracias a su ayuda. Cuando me despedí de ellos les obsequié una pequeña despensa, esta acción fue bien recibida y no me causó ningún problema ético porque fue en la época de las fiestas decembrinas donde la gente regala y espera que le regalen. Me dio mucha tristeza despedirme de todos, no quería abandonar Kinchil, ya me había acostumbrado a vivir ahí: “me gusta este pueblo y me va a dar mucha tristeza alejarme” (Diario de campo, lunes 2 de diciembre de 2013). Rentaba una casa chiquita pero bonita, tenía tres mascotas adoptivas (un perro, una perrita y un gatito) porque eran de mi vecina, cuando las dejé temí que se murieran de hambre. También hice varias amistades. Por otro lado, nunca me imaginé que doña Magali muriera tan pronto, la noticia me causó una gran conmoción y tristeza.

### **1.12 Edición de las entrevistas y presentación de los casos**

Para que las y los lectores puedan tener una versión clara de cada caso, presento las narrativas como diálogos contruidos entre los actores sociales,<sup>22</sup> ya que, afectados y allegados no siempre estuvieron presentes en las mismas entrevistas. Se trata de un ejercicio que incluyó la contrastación y la complementación de las perspectivas y experiencias. En este sentido, concuerdo con Good en que “sería un grave error concebir las narraciones de la enfermedad como producto de un sujeto individual” (Good, 2003:285). Las experiencias se van construyendo con el paso del tiempo, con las vivencias y las interacciones sociales. Entonces, las experiencias poseen un “carácter dialógico e intersubjetivo” (Good, 2003:285) plasmado en las narrativas obtenidas por medio de las entrevistas.

En los testimonios cada uno de los actores sociales sostiene su versión de los hechos, ya que, existen diferencias y regularidades. Documenté cada caso según el orden cronológico como fueron ocurriendo los sucesos, primero otorgué la palabra al afectado y dejé que sus allegados complementaran la información. Pero cuando las diferencias fueron abismales, como en el caso de don Chelín con respecto a la historia

---

<sup>22</sup> Excepto el de doña Magali.

de su enfermedad o en el caso de doña Elvira cuando su nuera interviene para externar los conflictos familiares, presenté la versión de cada cual.

Hice un trabajo exhaustivo de edición de cada una de las entrevistas. Primero las transcribí, luego, las revisé y, por último las modifiqué para que las y los lectores pudieran leer sin mayor trabajo. Cambié tiempos verbales, reduje muletillas y expliqué los modismos yucatecos. Asimismo, logré que el sentido de las narrativas no se diluyera, ya que, conservan la forma particular que los entrevistados tienen para expresarse.

Me baso en la premisa de que “entendemos las experiencia de los demás en cierta medida por las experiencias suscitadas en nosotros al oír tales relatos, experiencias que son afectivas, sensitivas y personificadas” (Good, 2003:255). Mi objetivo es que las y los lectores al revisar los casos se sientan identificados, que les surjan sentimientos profundos y arraigados, que los comparen con sus historias personales y que sientan empatía con los entrevistados. Así, “parte de la labor de la literatura antropológica consiste en volver a referir los relatos de una manera que suscite una respuesta experiencial significativa y la comprensión del lector” (Good, 2003:255-256). En este caso, lo que pretendo mediante las narrativas de mis entrevistados es que las y los lectores puedan darse una idea clara y fundamentada de las experiencias y los dramas derivados de una enfermedad crónica como la diabetes de tipo 2.

### **1.13 Conclusiones**

El trabajo de campo constituye para la antropología social uno de sus pilares fundamentales. La complementación de la información a través de las múltiples técnicas etnográficas revela la riqueza de los datos. Mediante las entrevistas a profundidad podemos tener acceso a las experiencias del padecimiento de las personas involucradas con la problemática de la diabetes. Esta enfermedad provoca complicaciones que a la larga producen cambios disruptivos en las biografías personales y en las dinámicas del grupo familiar donde se gesta. Por medio de las narrativas, aquejados y allegados presentan su visión de los hechos y sus sentimientos al respecto, además constituyen espacios donde los dramas salen a relucir. La investigación cualitativa con respecto a un problema de salud pública genera conocimientos que difícilmente se recopilaría si nos limitáramos a presentar fundamentos estadísticos.

# CAPÍTULO 2: KINCHIL, CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

## 1.0 Introducción

El objetivo de este capítulo es introducir a las y los lectores en la región y en la localidad de estudio para que teniendo antecedentes contextuales concretos, puedan entender mejor las condiciones de vida de los actores sociales. Por ello, hago énfasis en la historia de la industria del henequén debido a su relación directa con la población del lugar y sobre todo, con los varones entrevistados. Condiciones inhumanas de trabajo desde tiempos inmemoriales, falta de acceso a recursos básicos como la salud, la educación y la alimentación han dejado su rezago en la calidad de vida de los kinchileños. Luego, en los apartados subsiguientes a la historia del henequén, explico la ubicación del municipio de Kinchil y su cabecera municipal, la cuestión de la demografía, de la educación, de la etnicidad, de las viviendas y los servicios. En los temas relacionados con las actividades económicas, la alimentación y los recursos en salud pongo un mayor énfasis porque están íntimamente relacionados con el problema de la diabetes.

## 1.1 Yucatán, ubicación geográfica y contextual

El Estado de Yucatán forma parte, geográfica y políticamente, de México y ocupa la porción noreste de la Península de Yucatán, situada en la parte sureste del territorio nacional; limita al norte, con el Golfo de México, en un litoral de 150 kilómetros; al este y sureste con el Estado de Quintana Roo, y al suroeste con el Estado de Campeche. (Orosa Díaz, 1991:23). Ver mapa 1. Yucatán, administrativamente, cuenta con 106 municipios. Cada uno está conformado por una cabecera municipal, localidad con el mayor número de habitantes y servicios, y por una o más comisarías.

Las comisarías son localidades que, en la cuestión administrativa, política y de asignación de recursos monetarios dependen de su cabecera municipal. Cuentan con una comisaría municipal cuya autoridad política es el comisario municipal y, con una comisaría ejidal representada por el comisario ejidal. Cada comisario tiene una comitiva conformada por él, por su secretario y por su tesorero.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> En la comisaría puede existir la figura del juez de paz, de los vocales y de la comisión de vigilancia (agentes de seguridad pública). El comisario ejidal es el encargado de resolver los asuntos respecto a la

Mérida es la capital del estado y el centro comercial más importante en el estado, es el municipio con mayor número de habitantes y tiene bajo su jurisdicción varias comisarías. En cuando al poblamiento, en orden descendente, después de Mérida sigue Kanasín, Valladolid, Tizimín, Umán, Progreso, Ticul, Tekax, Hunucmá y Motul (INEGI, 2010).

### Mapa 1 República mexicana, resaltando Yucatán



Fuente: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/yuc/territorio/default.aspx?tema=me&e=1>  
[Consultado el 30 de marzo de 2014].

Existen tres regiones geográficas en Yucatán: la sierrita o Puuc, la planicie y la costa (SEP, 1996). En cada una de estas regiones, el suelo posee características particulares que permiten o no desarrollar determinadas actividades económicas. Por ejemplo, la mayor parte de la planicie sirvió para fomentar e impulsar la industria del henequén y, <sup>24</sup> de tal forma Yucatán se convirtió en el principal exportador de la fibra a finales del siglo XIX y principios del siglo XX.

Yucatán se ha fragmentado también por zonas en relación con las principales actividades económicas primarias, alrededor de 1950 existieron tres: la henequenera, la ganadera y la milpera. La región henequenera estaba situada al noroeste de la península y tres cuartas partes de la población total de Yucatán habitaban en ella.<sup>25</sup> La segunda región partía de la costa, al norte de Buctzotz, al límite con Quintana Roo, bordeaba

---

cuestión de la tierra. Una comisaría cuenta con infraestructura básica y, en comparación con su cabecera, tiene un menor número de habitantes.

<sup>24</sup> “El henequén (*Agave fourcroydes* Lem.) es una planta de la familia de las Agaváceas nativas de México de donde se ha introducido a Europa, Africa [*sic*] y América del Sur. Es una planta en forma de roseta compuesta por numerosos tallos que parten de un eje central. Los tallos de 1.5 a 1.7 metros llevan a cada lado una serie de espinas a manera de dientes y en el extremo una espina terminal aguda de 2 a 3 centímetros de longitud. El henequén es una planta textil que produce una fibra utilizada para la fabricación de costales, cuerdas, tapetes, etc.”

Disponibles en línea: <http://www.logajos.com/jardin/articulo/36/henequen> [Consultado el 1 de septiembre de 2014].

<sup>25</sup> 57% de la población de la zona henequenera fue considerada como indígena (Lapointe, 2008).

hacia el sur para luego dirigirse al este y al norte de Valladolid, y retornaba a la costa. La región milpera era un triángulo cuyos vértices eran Valladolid, Peto y Muna (Quezada, 2010).

A partir de 2008, el Estado se encuentra dividido en siete regiones que abarcan los 106 municipios: Región I. Poniente (diez municipios); Región II. Noroeste (diecinueve municipios); Región III. Centro (quince municipios); Región IV. Litoral centro (dieciséis municipios); Región V. Noreste (nueve municipios); Región VI. Oriente (veinte municipios) y Región VII. Sur (diecisiete municipios). Ver mapa 2. Esta regionalización del estado de Yucatán se hizo oficial mediante el Decreto Núm. 122 publicado el 2 de octubre de 2008 en el Diario Oficial del Gobierno del Estado mediante la reforma al Reglamento del Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de Yucatán. La regionalización del estado “busca entender las relaciones y formas de articulación de los aspectos económicos, sociales, ambientales y territoriales que existen en la región o territorio de intervención”. Para el “diseño de políticas públicas específicas y diferenciadas para cada región de acuerdo con las características y potencial endógeno de desarrollo”.<sup>26</sup> Cabe mencionar que la actual segmentación deja de lado la división que existió durante la primera mitad del siglo XX, donde la zona henequenera fue importante debido a la industrialización y comercialización de la fibra.

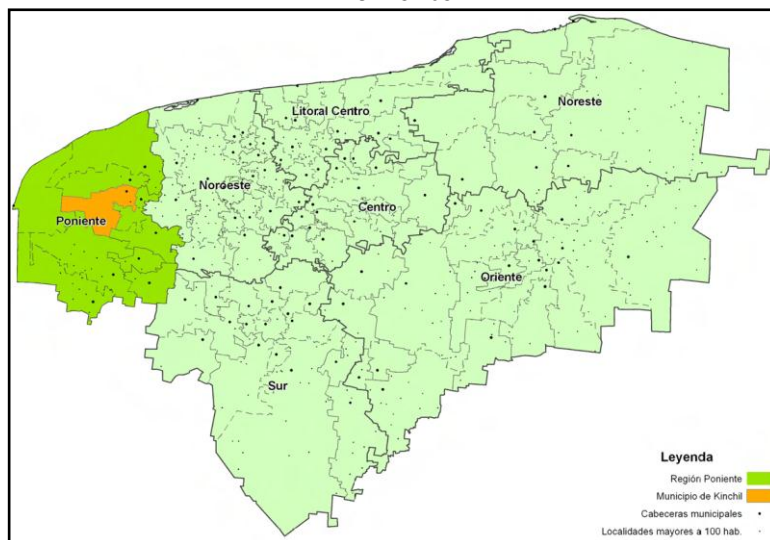
El municipio de Kinchil se encuentra ubicado en la Región I. Poniente del Sistema de Asentamientos Humanos del Estado de Yucatán. Ver mapa 2. Además, Kinchil junto con 57 municipios más, formó parte de la zona henequenera yucateca ubicada en la parte noroccidental del estado (Baños, 1993). En Kinchil y en la zona ex-henequenera del Estado, la población de más de 50 años vivió en la época de la decadencia del henequén pero sus antecesores fueron peones acasillados en las haciendas. Dos de mis entrevistados y el esposo de mi entrevistada, cuando fueron jóvenes, trabajaron en las labores del cultivo y transformación del henequén, también llamado oro verde. Ellos obtuvieron la figura jurídica de ejidatarios que el Estado Mexicano otorgó a los campesinos henequeneros después del reparto agrario.

---

<sup>26</sup>. Disponible en línea: <http://www.yucatan.gob.mx/menu/?id=regionalizacion> [Consultado el 21 de marzo de 2014].

## Mapa 2

### Yucatán dividido en regiones y municipio de Kinchil resaltado en la Región Poniente



Fuente: <http://www.seduma.yucatan.gob.mx/desarrollourbano/documentos/CartasUrbanas/Poniente/Kinchil.pdf> [Consultado el 21 de marzo de 2014].

### 1.2 Historia del henequén en Yucatán

Según Canto (2001) y Quezada (2010) el auge henequenero comenzó a principios de 1870 y terminó en el primer cuarto del siglo XX.<sup>27</sup> En esa época existió una creciente demanda internacional por la fibra del henequén, especialmente en los Estados Unidos. Debido a esta industria, Yucatán fue un estado próspero en recursos económicos.<sup>28</sup> No obstante, la riqueza y la abundancia sólo se vieron reflejadas en el pequeño grupo que controlaba la producción de la fibra, es decir, los hacendados (20 o 30 familias que se autodenominaban “casta divina”). Los de abajo, los peones acasillados sufrieron como esclavos la carga del trabajo. En este sentido, las haciendas henequeneras establecieron “relaciones de producción de tipo feudal” (Baños, 1993:425), ya que, se cumplía con las siguientes características:

Monopolización de los activos productivos por parte de una pequeña clase de terratenientes (que decidía qué, cuándo y cuánto producir); una monoproducción dirigida hacia el mercado extranjero; inexistencia de mercado laboral interno vital, y en consecuencia, la utilización de un sistema de trabajo forzado; la ausencia de un mercado interno desarrollado para el consumo, y una estructura de clases sociales agudamente asimétrica, que permitía una distribución del ingreso muy desigual (Joseph, 1992:18, en Baños, 1993:425-426).

<sup>27</sup> Las haciendas antes de ser henequeneras fueron ganaderas y maiceras. Antes del auge henequenero, el estado yucateco era autosuficiente en ambas producciones (Canto, 2001).

<sup>28</sup> “Desde 1990 la zona del henequén estaba bien comunicada por medio de las vías ferroviarias” (Lapointe, 2008:35).



Los hacendados eran los dueños de las haciendas, de las tierras y del henequén, y en cierta medida de los peones acasillados, ya que vivían dentro de la hacienda y muchas veces sus decisiones personales debían someterse ante las del hacendado. En las haciendas sólo se sembraba, cosechaba, transformaba y comercializaba la fibra del henequén o *sóoskil*. En este sentido, existió una marcada segmentación de clase: en la cumbre de la pirámide se hallaban los hacendados, en segundo lugar se encontraba el personal administrativo y técnico de la hacienda (administrador o encargado, el contador, los capataces o mayocoles, los técnicos de las máquinas fabriles y el comerciante responsable de la tienda de raya), y finalmente, la base estaba sostenida por los peones acasillados, es decir, la mano de obra barata.<sup>29</sup> Los peones realizaron las labores del cultivo del henequén que consistían en el desmonte, la siembra, el chapeo y la cosecha. En promedio por día los peones cortaban de 1,000 a 2,000 hojas de henequén (Quezada, 2010). Además, eran los encargados de transformar las pencas en fibra comercializable.

De acuerdo con Quezada (2010) en 1915, el casco de una hacienda henequenera estaba integrado por la casa del dueño, la casa del administrador, la capilla, el hospital, el calabozo, la tienda de raya, la escuela, los almacenes, la huerta, el pozo o la noria para la extracción de agua y la fábrica, donde estaban las máquinas raspadoras de henequén. En los alrededores se ubicaban las casas de los trabajadores. Eran de una pieza rectangular de mampostería, techo de tejas francesas y un pequeño terreno con árboles frutales, hortalizas y animales de corral. Además, se les permitía sembrar y cosechar maíz. Sin embargo, según Lapointe (2008) las parcelas de maíz de los peones fueron haciéndose cada vez más pequeñas al verse obligados a sembrar agave en ellas, aunque, cuando pasaban necesidad podían intercambiar henequén por comida.

Desde 1918, cuando terminó la Primera Guerra Mundial, disminuyó la demanda mundial del henequén; el precio de la fibra cayó y durante 1919 descendió al 300%. Además, Yucatán dejó su lugar como el único productor y comercializador de la fibra, ya que, productores de Kenia, Tanganica, Sumatra, Java, Cuba, Haití, Bahamas, El Salvador y Brasil ingresaron al mercado (Canto, 2001; Quezada, 2010).

---

<sup>29</sup> En las tiendas de raya se ofrecían abarrotes y productos de primera necesidad. A los peones se les pagaba semanalmente con fichas de cobre, de latón o de plomo que podían intercambiar en las tiendas de raya. Los salarios de los peones variaban en función de las tareas efectuadas y de las fluctuaciones del precio de la fibra en el mercado internacional. En 1880, ganaban en promedio 0.75 pesos por día, esta cantidad les alcanzaba para asegurar su subsistencia mínima. Los hacendados les concedían crédito para solventar los gastos extraordinarios como las bodas y los funerales; además, era muy común que trabajasen hasta la muerte con tal de pagar las deudas adquiridas (Lapointe, 2008).

Siguiendo a Orosa Díaz (1991), Canto (2001), Lapointe, (2008) y Quezada, (2010) en 1935, Lázaro Cárdenas (presidente de México) ordenó al Banco Nacional de Crédito Agrícola y al Departamento Agrario el reparto de la tierra en las haciendas henequeneras. Entre mayo de 1935 y agosto de 1937 el Banco de Crédito Agrícola distribuyó 30 mil hectáreas de henequén y 451 mil hectáreas de terrenos incultos. La resistencia de los antiguos hacendados, obligó al Presidente a viajar a Yucatán para supervisar personalmente el reparto agrario. El 8 de agosto, Cárdenas en uso de sus facultades especiales concedidas por el Congreso y estando en Yucatán estableció que a partir de entonces los peones de las haciendas tuvieran derecho al ejido; además, manifestó que el gobierno adquiriría los equipos de raspa y el Banco Nacional de Crédito Ejidal concedería préstamos a los beneficiarios para mejorar las desfibradoras, y se otorgaría atención inmediata a las necesidades sociales de los campesinos.

El 8 de agosto de 1935 fueron expropiados y pasaron al poder de los campesinos el 80% de los terrenos de cultivo, el 74% de los terrenos en explotación y el 97% de la superficie inculta; cada hacendado retuvo 150 hectáreas cultivadas, límite constitucional de la pequeña propiedad. Con esto, los antiguos hacendados quedaron reducidos a pequeños propietarios, y los peones y otros campesinos se transformaron en ejidatarios (ibíd.).<sup>30</sup>

En 1938, Humberto Canto Echeverría, gobernador de Yucatán, formó el Gran Ejido Henequenero cuya administración dejó en manos de una asociación denominada Henequeneros de Yucatán. Esta corporación agrupó a los ejidatarios, a los pequeños productores y a los ex-hacendados bajo el mando del gobierno del Estado. Sin embargo, en 1955 Henequeneros de Yucatán entró en la fase de liquidación debido a su corrupción en todos los niveles (ibíd.).

En 1961 se creó Cordeleros de México, S.A. de C.V. (Cordemex), monopolio mixto formado por capital privado y gubernamental. En 1964, el gobierno federal adquirió la totalidad de esta industria. Para esa fecha, la producción y el rendimiento por hectárea del henequén descendieron de manera considerable y el mercado de la fibra se saturó debido a la gran oferta. Se llegó entonces a la quiebra y extinción de la agroindustria henequenera; pero, fue hasta 1992 que Cordemex cerró sus puertas

---

<sup>30</sup> “La reforma agraria no trajo consigo ningún proceso de diversificación agrícola, puesto que los capitalistas privados no invirtieron debido a la crisis henequenera y a la inseguridad en la tenencia de tierra” (Quezada, 2010:232). Por otro lado, Guillermo Bonfil en su *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán*, publicado en 1962, menciona que los sudzaleños definieron el período anterior al reparto agrario como la “época de la esclavitud” y, luego de este penoso lapso de tiempo gozaron de “la libertad”, situación en muchos aspectos mejor que la anterior. Sin embargo, eran conscientes de que en esa libertad tenían un patrón llamado Banco Nacional de Crédito Ejidal (Bonfil, 2006).

oficialmente, vendió sus activos y liquidó la planta laboral (Canto, 2001; Lapointe, 2008 y Quezada, 2010).

Con el cierre de Cordemex fueron liquidados 30,225 ejidatarios y jubilados anticipadamente otros 12,200 campesinos mayores de 50 años. Los jubilados recibieron una pensión de 100,000 viejos pesos al mes (30% del salario mínimo mensual de entonces, de 333,600 viejos pesos), mientras que las liquidaciones fueron de 8 millones de viejos pesos (24 meses de salario mínimo) para cada ejidatario (Canto, 2001). Al día de hoy, los ejidatarios que alcanzaron su jubilación reciben una pensión aproximada de \$1,850 cada mes por parte del IMSS.

Durante el período de 1970 a 1976, el IMSS se hizo cargo de la atención asistencial a los campesinos henequeneros. Asimismo, mejoró las instalaciones hospitalarias que funcionaban en la ciudad de Mérida y creó nuevas clínicas en los municipios y zonas rurales que formaban parte de la zona henequenera de Yucatán (Orosa Díaz, 1991). La Unidad de Medicina Familiar (UMF) No.22 de Kinchil fue creada en esa época con el fin de atender a los ejidatarios henequeneros y a sus familias. Las UMF de los alrededores, como la de Hunucmá, cumplían la misma función.

En 1984, los gobiernos federal y estatal establecieron el Programa de Reordenación Henequenera y Desarrollo Integral de Yucatán, cuyo planteamiento nodal fue diversificar la economía pero la responsabilidad estuvo en manos del sector privado. Este proyecto se enfocó en la expansión de la industria y de la agricultura dentro y fuera de la zona henequenera, así como en la estimulación de fuentes de producción como la ganadería, el turismo y la pesca. De tal forma, el gobierno estatal inició una vasta y elaborada campaña de atracción de inversión extranjera, enfocándose en la modalidad de plantas maquiladoras (Canto, 2001 y Quezada, 2010).<sup>31</sup> Entonces, se pasó abruptamente de un sistema económico de tipo feudal (economía henequenera) a uno capitalista que duró varias décadas (Henequeneros de Yucatán) y de ahí al neoliberalismo (Programa de Reordenación Henequenera). Las consecuencias de este sistema económico se pueden observar en las condiciones estructurales de vida de los yucatecos, en general, y de los kinchileños, en particular.

---

<sup>31</sup> “Ante la firma del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá, la devaluación de diciembre de 1994 y una política de incentivos fiscales, la industria manufacturera -en particular la maquiladora de exportación- tuvo un fuerte crecimiento con la instalación de fábricas en el interior del estado, y algunas establecidas en la zona metropolitana de la ciudad de Mérida comenzaron a desplazarse sobre todo a los municipios henequeneros y aun a la zona ganadera del oriente y a la milpera del sur” (Quezada, 2010:263).

Antes del cierre de Cordemex y del abandono incontenible de la producción de los planteles de los ejidos colectivos de henequén, la reproducción de las familias en la zona henequenera se fincaba en los salarios percibidos por los ejidatarios y se complementaba con una economía de subsistencia, caracterizada por el cultivo del maíz, hortalizas, árboles frutales y por la cría de animales de traspatio. Con el cierre definitivo de Cordemex, ejidatarios, hombres y mujeres migraron a la ciudad de Mérida en busca de empleo, de tal forma los vínculos con esta ciudad se volvieron frecuentes y estrechos gracias a la tentativa de mejorar sus condiciones de vida (Pinkus, Pacheco y Lugo, 2011).

En 1990, más del 60% de la población trabajadora que residía en los municipios de la llamada zona henequenera percibió ingresos menores al salario mínimo. Algunos hombres se ocuparon en los trabajos de albañilería, jardinería y limpieza en sus lugares de origen, en poblaciones circunvecinas o en la ciudad de Mérida; otros migraron al oriente del Estado y trabajaron en la siembra y el mantenimiento de pastizales destinados a la ganadería; así, el noreste yucateco ofreció la costa y las salineras como un lugar posible de trabajo. Las mujeres encontraron cabida como trabajadoras domésticas en la ciudad de Mérida y en otros centros urbanos (Quezada, 2010).

En la actualidad, este panorama desalentador para los habitantes de la olvidada zona henequenera no ha cambiado de forma radical. En menor medida, la población sigue insertándose en las actividades del sector primario, y la mayoría trabaja en el sector secundario y terciario, aunque, perciben salarios para vivir en la miseria.

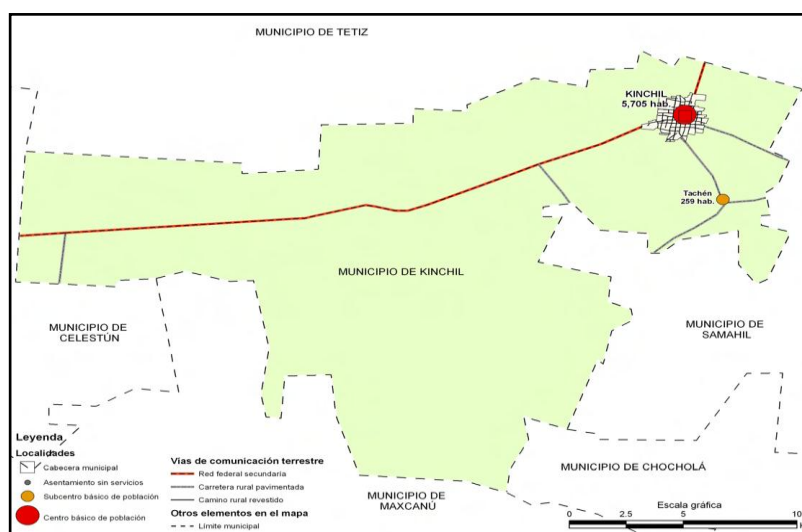
### **1.3 Kinchil, Yucatán**

El municipio de Kinchil ocupa una superficie de 160.95 Km<sup>2</sup>. Está situado entre los paralelos 20° 45' y 20° 55' de latitud norte y los meridianos 89° 54' y 90° 12' de longitud oeste. Se encuentra a una altura promedio de 8 metros sobre el nivel del mar. Colinda al norte con el municipio de Tetiz, al sur con Maxcanú y Chocholá, al este con Samahil y al oeste con Celestún. Ver mapa 3. El municipio de Kinchil tiene dos centros poblacionales: la cabecera municipal, homónima (donde desarrollé la investigación), y una comisaría, Tamchén.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> Municipio de Kinchil, carta síntesis, Secretaría de Desarrollo Urbano y Medio Ambiente, Gobierno del Estado de Yucatán. Disponible en línea: <http://www.seduma.yucatan.gob.mx/desarrollo-urbano/documentos/CartasUrbanas/Poniente/Kinchil.pdf> [Consultado el 21 de marzo de 2014].

### Mapa 3 Kinchil y sus alrededores



Fuente: <http://www.seduma.yucatan.gob.mx/desarrollourbano/documentos/CartasUrbanas/Poniente/Kinchil.pdf> [Consultado el 21 de marzo de 2014].

Kinchil se encuentra a 44.3 kilómetros de la ciudad de Mérida, Yucatán pasando por la Carretera Federal 281.<sup>33</sup> Esta carretera conecta a la capital de la entidad con el municipio de Celestún, localidad pesquera ubicada en la Reserva de la Biosfera Ría Celestún.<sup>34</sup> La vía más común que utiliza el transporte público para llegar a Kinchil transita por las poblaciones de Candel, Ucú, Hunucmá, Tetz y finalmente, se llega a dicha localidad. El traslado se efectúa de hora y media a dos horas dependiendo del número de paradas que efectúe la unidad. Sin embargo, cuando se dispone de vehículo privado el viaje se puede acortar tomando la vía rápida que conecta a Mérida con Tetz y, entre éste municipio y Kinchil existe un tramo de 5 kilómetros. El recorrido tiene una duración aproximada de 50 minutos.

#### 1.4 Demografía

Según el Censo General de Población y Vivienda 2010, la población total de la cabecera municipal de Kinchil era de 6,307 habitantes (INEGI, 2010). En la tabla 4, se puede observar que el número de habitantes ha crecido gradualmente. En este sentido, la migración por trabajo a las ciudades no ha sido un proceso que haya mermado con la población, ya que, no ha sido definitiva si no transitoria.

<sup>33</sup> Disponible en línea: <http://maps.google.com.mx/> [Consultado el 13 de noviembre de 2012].

<sup>34</sup> Esta reserva es importante porque el estado yucateco le ha atribuido cualidades como destino turístico de la región.

**Tabla 4**  
**Población de Kinchil en tres lustros, diferenciada por género**

<b>Año</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
2000	2,663	2,640	5,303
2005	2,864	2,841	5,705
2010	3,171	3,136	6,307

Fuente: INEGI, 2000, 2005, 2010

Por otro lado, en 2010, según la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL, 2014), 78% del total de la población en Kinchil se encontraban viviendo en condiciones de pobreza (5,539 individuos) de los cuales 57.7% presentaban pobreza moderada (4,098) y 20.3% estaban en pobreza extrema (1,441). Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) la pobreza se mide de acuerdo con la Ley General de Desarrollo Social. La pobreza es una situación que incluye dos factores importantes: el ingreso económico y las carencias sociales como el acceso a la salud, el acceso a la seguridad social, el rezago educativo, la calidad y espacios de la vivienda, el acceso a servicios básicos en la vivienda y el acceso a la alimentación (CONEVAL, 2012). Las cifras de pobreza son alarmantes debido a que casi el 80% de la población total se encuentra en esta situación.

### 1.5 Cuestión étnica

De acuerdo con Gutiérrez (1992) “el de ‘mestizo’ es el nombre con que hoy día, se designa con más frecuencia al grupo étnico, que en otros lugares de Mesoamérica, se llama ‘indio’. Paradójicamente los ‘indios’ [o ‘indígenas’] de Yucatán son llamados ‘mestizos’” (Gutiérrez, 1992:420). Pero esta denominación está muy relacionada con la manera en que se viste la gente, sobre todo en las mujeres que usan el hipil (vestido tradicional yucateco). En palabras de Fortuny (2004):

La cuestión de la etnicidad en la Península de Yucatán es muy específica. Los vocablos indio e indígena no se utilizan; en su lugar se usa la palabra *mestizo* que localmente se refiere al tipo de indumentaria que usan las mujeres adultas y algunos hombres ancianos. Los adultos se autodenominan *mayeros* enfatizando que hablan la lengua maya. La mayoría de yucatecos que vive fuera de las grandes ciudades utiliza la voz maya para referirse a los *antiguos mayas* o *los que construyeron las grandes pirámides*.<sup>35</sup> (Cursivas de la autora, Fortuny, 2004:5).

De tal manera, los “mestizos” son los mayahablantes (Savarino, 1999). Pero por otro lado, el término mayero “remite a aquel que tiene la ‘maya’ como lengua materna,

---

<sup>35</sup> Las cursivas son de la autora.

quienes ‘saben hablar la maya’ son llamados ‘mayeros’” (Gutiérrez, 1992:422). Es decir, los mayahablantes no se consideran a sí mismos como indígenas y/o mayas sino mayeros, es decir, personas que hablan y practican la lengua maya. Todos mis entrevistados principales son bilingües en maya y español, y tiene a la maya como su lengua materna, es decir, son mayeros. Las mujeres son mestizas porque todo el tiempo usan su hipil.

## **1.6 Viviendas y servicios**

En 2010 el porcentaje de individuos en el municipio de Kinchil que reportó habitar viviendas con mala calidad de materiales y espacio insuficiente fue de 40.6% (2,888 personas). Asimismo, el 91.7% de personas reportó habitar en viviendas sin disponibilidad de servicios básicos, es decir, que las condiciones de vivienda no fueron adecuadas para 6,518 individuos (SEDESOL, 2014). Esta información se complementa con los datos del Censo General de Población y Vivienda 2010, ya que, se explica que en la cabecera municipal de Kinchil había un total de 1,583 viviendas particulares habitadas, de las cuales el 2% no tenía piso de cemento, firme o mosaico; el 1% carecía de luz eléctrica; el 20% no disfrutaba de agua entubada dentro de la misma; el 42% no contaba con excusado, retrete, sanitario, letrina u hoyo negro y el 58% no estaba conectada a una red de drenaje (INEGI, 2010).

Todas las casas de mis entrevistados tenían piso de cemento y contaban con luz eléctrica; dentro de las casas no había servicio de agua potable y ninguna contaba con servicio de drenaje pero, las que tenían baño habían dispuesto un sumidero. Sólo en una vivienda hacía falta excusado. En todas las casas de mis entrevistados había una televisión, un refrigerador y por lo menos, un miembro del grupo doméstico contaba con un teléfono celular. Sólo en dos de las casas había una lavadora; aunque esta máquina facilita la vida de las mujeres es un poco difícil adquirirla por ello, todavía se lava la ropa a mano en la batea.<sup>36</sup>

En cada una de las casas existía un espacio designado para la preparación de los alimentos. Éste se encontraba a unos metros de los cuartos-habitación y podía estar techado más no cerrado por paredes. En todas las casas se cocinaba en un fogón (formado por tres piedras sobre el suelo) y la leña se usaba como combustible, es decir, no había estufas ni tanques de gas butano. Según la ENSANUT 2012, en Yucatán el

---

<sup>36</sup> Un día, una de mis entrevistadas se asustó porque justo cuando estaba usando su lavadora se estacionó enfrente de su casa un camión que llevaba varios electrodomésticos de medio uso y pensó que se iban a llevar su máquina por deber varios meses.

33% de la población utilizaba para cocinar un combustible diferente al gas o a la electricidad, mientras que el promedio nacional fue de 13.7%.

Por otro lado, los vehículos con los que contaban mis entrevistados fueron bicicletas y triciclos, aunque, uno tenía una moto que le proporcionaron en un programa social debido a su condición física de discapacidad adquirida. En ninguna casa había teléfono fijo. Sólo la hija de una de mis entrevistadas tenía una computadora portátil y la usaba para hacer la tarea que le dejaban en el bachiller.

El servicio de agua potable en Kinchil lo provee el Ayuntamiento desde las seis de la mañana hasta la una de la tarde. Por ello, los kinchileños deben llenar tinacos o cubetas para que este vital líquido no les haga falta en la realización de sus actividades cotidianas. En todas las casas de mis entrevistados y entrevistadas el agua potable se bebía; esto puede ser un asunto de costumbre y la práctica no se cuestiona debido a su economía precaria. No obstante, en Kinchil existen dos plantas embotelladoras de agua purificada y el garrafón de 20 litros costaba \$10.

Si bien en Kinchil existe el servicio de recolección de basura, de forma esporádica, la gente está acostumbrada a quemarla. Incendian todo tipo de materiales como papeles, envases de cartón, botellas de plástico, envolturas de alimentos y juguetes en mal estado. Esto genera contaminación del aire, humo y un olor desagradable.

## 1.7 Educación

La cabecera municipal de Kinchil cuenta con escuelas públicas en las que se imparte educación básica y media superior; la mayoría de ellas son federales. No existe ningún colegio particular. Para impartir la educación preescolar, en la localidad hay dos recintos a disposición de sus habitantes; laboran en el turno matutino. Existen dos primarias, una trabaja tanto en el turno matutino como en el vespertino y la otra, solo por las mañanas. Hay una secundaria técnica en el turno matutino que lleva el nombre de Felipa Poot, libertadora maya.<sup>37</sup> La educación media superior se imparte en el Colegio de Bachilleres del Estado de Yucatán (COBAY) y en la Preparatoria abierta derivada de la CBTA No. 13 de Hunucmá.

---

<sup>37</sup> El 26 de marzo de 1936 “fue muerta a pedradas Felipa Poot, indígena maya, en el pueblo de Kinchil. En la pedrea, cayeron con ella tres compañera, también mayas, que a su lado luchaban contra la tristeza y el miedo. Las mató *la casta divina*, como se llamaban a sí mismos los dueños de la tierra y de la gente de Yucatán” (Galeano, 2011:106). Cuando estaba haciendo trabajo de campo conocí a una de sus sobrinas, esta señora me invitó a comer varias veces en su casa.



Durante 2010, en el municipio de Kinchil la condición de rezago educativo afectó a 33.5% de la población, esto significa que 2,384 individuos presentaron esta carencia social. El grado promedio de escolaridad de la población de 15 años o más fue de 6.1, frente al grado promedio de 8.2 en la entidad. Además, el municipio contaba con 10 escuelas que impartían educación básica y media superior y el estado tenía en total 3,459 (SEDESOL, 2014). De tal manera, ninguno de mis entrevistados principales fue a la escuela, no sabían leer ni escribir pero podían firmar documentos importantes. Sus hijos estudiaron hasta la primaria y ahora, sus nietos se perfilan para estudiar hasta la secundaria.

### **1.8 Actividades económicas**

De acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, la población económicamente activa en Kinchil fue de 1,805. Las personas que se ocupaban en el sector primario (agricultura, ganadería, silvicultura, caza o pesca) representaron el 46%, las del sector secundario (construcción o industria manufacturera) el 25% y las del sector terciario (comercio y servicios) un 29% (INEGI, 2000).

Según el Censo General de Población y Vivienda 2010, la población económicamente activa en la cabecera municipal de Kinchil fue 2,329 de los cuales 1,700 fueron hombres y 629 fueron mujeres (INEGI, 2010). En la actualidad, una parte de la población migra diariamente por trabajo a las localidades circunvecinas o a la capital del Estado para obtener un trabajo asalariado.

Las opciones que tienen los kinchileños para trabajar cerca de su localidad están ligadas a las actividades económicas secundarias. En Samahil, Umán y Hunucmá se insertan en las granjas avícolas, porcícolas y de producción de huevos. Algunas mujeres laboran en la maquiladora ubicada en Hunucmá. Algunos hombres son albañiles. Por otro lado, las opciones que ofrece Mérida son variadas pero se clasifican de acuerdo al género de la persona. Las mujeres y los hombres pueden laborar en el sector secundario y terciario, pero las mujeres son las que se insertan en el trabajo doméstico y los hombres suelen trabajar como jardineros en algunos domicilios particulares de la capital yucateca.

En Kinchil todavía se practica la agricultura, es decir, algunos hombres siembran la milpa. Aunque, los frutos de la tierra y de su trabajo sirven para el autoconsumo. También es común ver en algunas calles, situadas a cuatro o cinco cuadradas del centro, terrenos que funcionan como corrales de cabezas de ganado, es decir, se practica la

ganadería en menor escala. Hay algunas personas que siembran un tipo de césped llamado *Taiwán* con la finalidad de venderlo para el consumo de los caballos.

Es común que los kinchileños tengan en sus solares aves de traspatio (pollos y pavos) y, en menor medida ejemplares de ganado porcino. Las mujeres son las encargadas de criarlos, es decir, alimentarlos. Las aves de traspatio representan una fuente de ingresos. Se venden cuando se necesita dinero, los huevos se consumen, se comen cuando no hay ningún otro alimento para ingerir y se pueden cocinar para ocasiones especiales, como por ejemplo, un cumpleaños, la llegada de un invitado especial, la boda de un familiar o la fiesta del pueblo. Por otro lado, en los solares se siembran árboles de limón, naranja agria, naranja dulce (china), ciruela, plátano, nance, caimito, mango, papaya, grosella, mamey, zapote y otras frutas de la región. Algunas personas siembran para su autoconsumo cilantro, rábano, pepino, cebolla, jitomate, chile, epazote y yerbabuena.

La población que trabaja en la localidad se inserta en el sector comercial y de servicios, es decir, en el mercado, en las tiendas de abarrotes, en las panaderías, en las farmacias, en las papelerías, en los comercios de comida, en las refaccionarias de motos y bicicletas. Igualmente, existen hombres y mujeres que han logrado obtener un ingreso mensual seguro porque laboran como funcionarios públicos en el Palacio Municipal. Mucha de la gente que conocí tenía un puesto en tal gobierno.

Un trabajo casi exclusivo de los hombres es el de moto-taxistas y en menor grado el de trici-taxistas; a ambos se les conoce en forma popular como taxistas. Si un hombre no quiere o no puede migrar diariamente por trabajo entonces practica este trabajo. Muchos jóvenes varones están en el negocio. Si bien las distancias en el poblado son cortas, es común que los habitantes requieran del servicio de taxis, ya sea, para transportarse a su trabajo, lugar de estudio, mercado o cualquier otra parte. La gente prefiere que la lleven en lugar de caminar. Es preciso mencionar que la temperatura ambiente llega hasta los 40 grados centígrados, es decir, cuesta caminar cuando hay mucho sol y calor. Los taxistas cobraban \$5 por persona dentro de la localidad.

La mayoría de la gente con la que me relacioné en el trabajo de campo vivía al día, es decir, no tenía la posibilidad de ahorrar y sus necesidades básicas se satisfacían mínimamente. Ninguno de mis entrevistados y entrevistadas principales realizaba un trabajo remunerado debido a su condición física adquirida. Sin embargo, los varones cada mes recibían su pensión por ser ex-ejidatarios y las mujeres cobraban el dinero de

Oportunidades cada dos meses. Así, las mujeres encargadas del gasto familiar usaban el dinero de los programas sociales y/o las pensiones de los varones para subsistir.

Una estrategia que usaban todas las mujeres mientras esperaban la quincena, el dinero de los programas sociales y/o las pensiones de sus esposos era pedir “fiado” en las tiendas de abarrotes para conseguir alimentos como despensa y tortillas. Por otro lado, las mujeres veían cómo se las arreglaban para conseguir un poco de dinero para aguantar hasta la quincena. Por ejemplo, seis mujeres que conocí pelaban las semillas de calabaza para una empresa que elabora aceite comestible; les pagaban \$60 por 10 kilos de semilla pelada. La esposa de uno de mis entrevistados, los fines de semana iba a Mérida, al Mercado San Benito para vender flores que ella misma sembraba, regaba y cuidaba en su casa. La nuera de uno de mis entrevistados trabajaba en una lonchería casi todos los días de la semana, su función era freír las tortillas que se usaban en la preparación de antojitos.

## **1.9 Alimentación**

Puedo inferir que la alimentación de la población de Kinchil y, en general, de la zona henequenera durante la época del auge de esta industria fue limitada. Los alimentos que los trabajadores o peones acasillados consumían eran los proporcionados por los hacendados. De tal forma, el maíz y el frijol fueron sus principales alimentos; la dieta se podía complementar con las verduras y hortalizas que sembraban en las parcelas ubicadas con cercanía a sus domicilios.

Con el reparto agrario los ejidatarios, y la población en general, tuvieron la oportunidad de sembrar sus milpas, criar aves de traspatio e incursionar en la ganadería de pequeña escala y una que otra familia, practicaba la apicultura y la caza de animales culturalmente comestibles en la región. Sin embargo, como la siembra, el cultivo y la transformación del henequén constituían la principal actividad económica en ese entonces, no hubo oportunidad de diversificar la economía ni mucho menos la alimentación.<sup>38</sup> Por ejemplo, en Sudzal, Yucatán:

El maíz, el frijol y el chile son, como en casi todo el ámbito rural mexicano, la base de la dieta. Frutas y legumbres aparecen en muy pequeña cantidad. La carne también cuenta poco en la dieta regular, tradicionalmente se toma los domingos y los lunes. La leche y sus derivados son alimentos que sólo por excepción se consumen (Bonfil, 2006:129-130).

---

<sup>38</sup> En este sentido, el ejemplo que Bonfil (2006) nos presenta en Sudzal, Yucatán resulta esclarecedor porque explica que, los ejidatarios para hacer su milpa tenían derecho a pedir tierras al ejido y el maíz era el principal producto que se sembraba, aunque, en orden descendente también se plantaba frijol, chile y calabaza.

Con el declive de la industria henequenera, una parte de la población tuvo que migrar a las ciudades en busca de un trabajo remunerado que les permitiera sobrevivir. Entonces, los hombres que se quedaron en sus localidades continuaron haciendo milpa pero en menor escala, así como siembra de árboles frutales para el autoconsumo. La cría de ganado vacuno, porcino y aves funcionó como una opción rentable para la economía y la alimentación familiar. Sin embargo, los que salía de sus localidades comenzaba a reproducir e incorporar los hábitos de consumo alimenticio de la gente en las ciudades. Además, el proyecto globalizador y modernizador de la economía neoliberal llegó a sus comunidades de origen en forma de refrescos embotellados, alimentos enlatados, botanas y galletas empaquetadas sin valor nutricional.

Balam, Gurri y Ochoa (2004) realizaron una investigación en la que compararon los resultados de la Encuesta de Sudzal realizada por el Instituto Nacional de la Nutrición en 1959 con los resultados de una Encuesta aplicada en varias comisarías de municipios ubicados en el sur y el centro de Yucatán por el Centro de Investigaciones y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, Unidad Mérida en 2000.<sup>39</sup>

Los autores encontraron que:

Los alimentos básicos de la población rural yucateca son los mismos a través del tiempo estudiado, es decir, maíz y frijol. [...] La encuesta realizada después de 41 años a la primera de Sudzal, nos indica ligero aumento de las calorías en la actualidad. [...] La diferencia de calorías observada en el alimento principal, es sustituida ahora por mayor cantidad de frijol y nuevos alimentos como los refrescos embotellados, variedad de pastas y frituras ‘chatarra’ [...] que van en aumento (Balam, Gurri y Ochoa, 2004:7).

Entonces, procesos como la migración, la globalización y las campañas publicitarias transmitidas en los medios de comunicación han generado que la población rural yucateca adopte hábitos alimenticios poco saludables. En este sentido, la llegada de bebidas gasificadas a la localidad aunada con el tipo de clima ha provocado que los kinchileños las consuman en forma alarmante. Además, estos productos son percibidos socialmente como productores de prestigio en las personas que los consumen o los convidan.

Así, los hábitos de consumo de los alimentos son el resultado de una serie de interacciones entre diversos factores como las condiciones climáticas y las socioeconómicas, la oferta de alimentos y las costumbres o tradiciones de la población

---

<sup>39</sup> Uno de los elementos que Balam, Gurri y Ochoa (2004) señalan como importantes en su estudio es que la calidad de la alimentación en la infancia tiene mayor peso en el desarrollo físico de los individuos. Y por ende, cuando una persona está mal alimentada o con cierto grado de deficiencias nutricionales puede ser más propensa de enfrentarse con problemas de salud.

(Mendoza, Maldonado y Heredia, 1992). En muchas ocasiones, esta serie de elementos se entrecruza para que la población consuma alimentos de bajo nivel nutritivo como los refrescos embotellados, las fritangas y la comida chatarra.

En el estudio realizado por Mendoza, Maldonado y Heredia (1992) sobre el patrón de alimentación de la clase media meridana,<sup>40</sup> que según mi experiencia puede equipararse en cierto grado al consumo de alimentación en las clases bajas yucatecas con sus respectivas excepciones y diferencias, se destaca que:

[...] A pesar de la gran variedad de platillos que existen en la cocina yucateca, hay un hábito de consumo (tradición) de alimentos de periodicidad semanal y con una repetición sistemática de algunos guisos; aún más, hay una fuerte asociación entre días de la semana y guisos específicos como es el caso: lunes/frijol con puerco o viernes/pescado. Tenemos así que la dieta básica es de pocos guisos y poca variación. Resulta además el consumo preferente de carne de cerdo sobre otras carnes (1992:43).

A lo anterior le añadiría que también hay comidas especiales para cada época del año. Por ejemplo, en noviembre, en los primeros días del mes y a finales del mismo se hacen unos tamales de gran tamaño llamados mucbipollos o pibes.<sup>41</sup> En su preparación se usa masa, espelón, puerco, pollo, hoja de plátano, jitomate, cebolla, epazote, chile habanero y para el relleno se hace un preparado con caldo de pollo y harina. Todos mis entrevistados en Kinchil comieron pibes y lo acompañaron con chocolate de tablilla y/o refresco de cola gasificado. Un entrevistado, en particular, se comió un mucbipollo de 20 centímetros de diámetro acompañado de un vaso de refresco gasificado de cola light.

Durante el tiempo de cuaresma, especialmente, los viernes se acostumbra a comer pescados o mariscos aunque debido a su precio elevado y a la falta de costumbre para comerlos se han intercambiado o alternado con platillos vegetarianos yucatecos como los papadzules y el brazo de reina; también, para los que evitan comer carne este día existe una diversa variedad de verduras.<sup>42</sup> Los papadzules son tacos embadurnados

---

<sup>40</sup> Los autores en su artículo no ofrecen una definición explícita del concepto clase social, no obstante mencionan que está relacionado con diversos indicadores económicos. Entiendo por clase social al grupo humano que se encuentra en igualdad de condiciones con respecto a la provisión de bienes, a la posición de prestigio que le otorga la sociedad y al destino personal (Weber, 1977).

<sup>41</sup> El término “pib” y su plural “pibes” proviene del maya *Píib* que significa “asar debajo de la tierra. Horno subterráneo” (Diccionario Maya, 2008:215). Los pibes se hacen enterrados, es decir, se cocinan bajo tierra con una técnica que se conoce de antaño. Aunque, muchas veces se cocinan en el horno de la estufa de gas. La gente en Kinchil, a diferencia de los que se preparan en mi casa, le pone a sus pibes piezas enteras de pollo con todo y pellejo, además le agregan pedazos grandes de carne de cerdo con grasa. Todos los yucatecos, aunque hay sus raras excepciones, esperamos con ansias los días de noviembre para comer los deliciosos pibes.

<sup>42</sup> “El consumo de productos de origen marino es notoriamente bajo, lo cual resulta paradójico ya que en el Estado hay una elevada producción de pescado y mariscos; sin embargo, la falta de tradición en su consumo, así como su elevado precio hacen que el destino final de estos productos sean los mercados nacionales y extranjeros” (Mendoza, Maldonado y Heredia, 1992:43). Sin embargo, la gente que vive

con una salsa elaborada con semilla de calabaza y epazote, se rellenan de huevo duro y se sirven con una salsa de tomate. El brazo de reina es un tamal cocido a baño maría con hoja de plátano, la masa está revuelta con chaya en pedacitos y lleva, ya sea en el relleno o en el exterior, pedazos de huevo duro. Se sirve con salsa de tomate y semilla molida de calabaza.

Por otro lado, es común que los domingos (como el lunes de frijol con puerco) algunos yucatecos y kinchileños desayunen tortas o tacos de cochinita pibil o, en su defecto, lechón al horno. Este desayuno se acompaña con un refresco de cola normal o light. Coincidió con las observaciones de Mendoza, Maldonado y Heredia (1992) en que la carne de puerco es el ingrediente predilecto de las comidas yucatecas. La cochinita pibil, el lechón al horno, el frijol con puerco, el queso relleno, el poc-chuc, entre otros platillos se guisan con carne de cerdo. Los kinchileños no todo el tiempo pueden estar disfrutando de los manjares yucatecos por el alto costo que conlleva su preparación, sin embargo, pueden consumirlos en ocasiones especiales, tales como los días de fiesta o cumpleaños.

Además, la dieta de los kinchileños incluye, generalmente los fines de semana, ya sea en el desayuno, el almuerzo o la cena, antojitos y fritangas como los panuchos, los salbutes, los polcanes, las empanadas, los sopes, las hamburguesas, los perros calientes, las tortas, la pizza y los tacos suaves con todo tipo de carne. Esta comida se caracteriza por su gran contenido de grasa y elementos calóricos, generalmente, para su preparación se usa aceite comestible. Es normal que este tipo de comida se acompañe con refrescos gasificados.

La tortilla es un alimento básico en las comidas. Se puede desayunar, almorzar y cenar con tortillas. En Kinchil poca gente siembra, cosecha y prepara su nixtamal para hacer tortillas a mano. La mayoría de la gente las compra en el molino, lo alarmante es que de los siete establecimientos de tortillas que hay en la localidad sólo dos las ofrecen de maíz, los demás las elaboran con MASECA; la gente se ha visto obligada a comprar este producto porque, además, es más barato comparado con el de maíz.<sup>43</sup> El pan francés, barra o bolillo también es consumido; el pan dulce (hojaldras, donas, cuellos,

---

cerca de la costa tiende a comer algunas especies marinas. Kinchil está separado de Celestún (costa) por alrededor de 50 kilómetros. Pero, algunas de las familias en ambas poblaciones están relacionadas, ya sea, por lazos de amistad, compadrazgo o parentesco y por esto mismo, los kinchileños tienen la oportunidad de comer en ocasiones especiales especies marinas como el pescados, el pulpo y las chivitas.

<sup>43</sup> MASECA es una marca global líder de harina de maíz deshidratada y pertenece a la compañía GRUMA. Además, es un importante participante en el mercado de Grits de maíz en Europa, África y el Medio Oriente. Disponible en línea: <http://www.gruma.com/nuestras-marcas/localiza-una-marca/maseca.aspx> [Consultado el 20 de abril de 2014].

zaramullos, orejas, mantecadas) es importante en la cena y el desayuno. Ambos, se acompañan con leche, refresco de cola, Nescafé u otro tipo de café soluble.<sup>44</sup>

En Kinchil, así como en muchas otras partes del Estado, las tres comidas suelen acompañarse con refrescos embotellados. Es común, que cuando alguien tenga sed por el calor extenuante y húmedo que existe en Yucatán compre o beba un refresco embotellado, de preferencia de sabor cola. Además, cuando alguien tiene una visita se manda a comprar un refresco para convidar a los recién llegados. En las fiestas familiares y sociales se espera que las bebidas ofrecidas sean de la marca *Coca Cola Company*.<sup>45</sup>

En 2010, la incidencia de la carencia por acceso a la alimentación en Kinchil fue de 26.6%, es decir una población de 1,891 personas (SEDESOL, 2014) varió su alimentación o no se alimentó bien debido a un problema económico (CONEVAL, 2012).<sup>46</sup> A pesar de que la gastronomía yucateca está basada en un gran contenido calórico y que los productos chatarra tienen buena demanda por ser baratos, hay gente que por problemas económicos no puede acceder ni a este tipo de alimentación. Recuerdo que una de mis entrevistadas me contaba que cuando no tenía dinero para preparar comida, iba al mercado, compraba dos jitomates, dos pesos de cilantro, los machacaba y los comía con tortilla, eso era su almuerzo. También hay gente que cuando de plano no tiene dinero para comer, compra tortillas y las prepara con chile y sal.

Anudando en la temática que me preocupa en esta investigación, en Kinchil hice la siguiente pregunta a varias personas: ¿por qué cree usted que se presenta la enfermedad de la diabetes en un individuo? Fue una constante que me respondieran y aseguraran que la mala alimentación era la causante, debido a que se come mucha grasa y se consumen alimentos con alto contenido de azúcar:

---

<sup>44</sup> El Nescafé es un café soluble de la compañía Nestlé.

<sup>45</sup> “[...] la fuerte presencia de la Coca Cola en el mercado de Yucatán ha dado un resultado previsible: convertirla en la invitada permanente a los hogares yucatecos, cualquiera puede faltar a una fiesta pero no la Coca Cola, para disfrutar cualquier platillo se requiere de la Coca Cola, en definitiva es una constante que desplaza, de acuerdo a una regla bien comprobada en el mundo, y para inquietud de algunos nutriólogos [*sic*] y de los naturalista [*sic*], a los refrescos locales y a los naturales”, disponible en línea: <http://www.meridadeyucatan.com/historia-de-la-coca-cola-en-yucatan/> [Consultado el 22 de abril de 2014].

<sup>46</sup> En el País, “la carencia social que se incrementó entre 2008 y 2010 fue el acceso a la alimentación, consistentemente con la caída del ingreso. La población con carencia de acceso a la alimentación subió de 21.7% a 24.9%” (CONEVAL, 2012:28). Asimismo, las recomendaciones en el ámbito de la alimentación fueron que “ante la volatilidad de los precios alimentarios, es necesario reforzar las acciones para mejorar el acceso a la alimentación, especialmente de la población en pobreza y la población indígena, que tiene niveles de desnutrición más altos que el promedio nacional” (ibid.,132).

Aquí (en Kinchil) se toma mucho refresco, mucho embotellado. Se toma en el desayuno, en el almuerzo, en la cena y son personas de escasos recursos que pueden variar un poquito pero no lo hacen. Si compran una (botella) de litro, se gasta (termina) y si compran una de tres litros también se gasta (Fanny, Voluntaria de salud, Kinchil, Yucatán, entrevista realizada por Aracelly Pereira, 10 de diciembre de 2013).

Pude percatarme de que mis entrevistados con diabetes comen lo que se cocina en su casa y para el control de su enfermedad toman sus medicamentos. Una noche fui sin previo aviso a casa de cada uno de mis cuatro entrevistados principales, pasé en bicicleta y puede notar que estaban cenando pero ellos no me vieron. Todos tenían en su mesa un refresco embotellado de dos litros. Cuando llamé a la puerta, en tres de las cuatro casas les dio tiempo de esconder la bebida para que cuando yo entrara no pudiera verla. En la vivienda de uno de mis entrevistados no guardaron la botella sino que me ofrecieron, creo que esto se debió al grado de confianza que obtuve con la familia. Una voluntaria de salud apoyó mi observación con la siguiente explicación:

Mucha gente dice: “yo tomo dos pastillas”. Al poco tiempo dice: “estoy tomando seis pastillas”. Pero ellos no lo ven del lado negativo, ellos creen que tomando más (medicamento) se les baja más rápido el azúcar y no es así. Si lo vemos de ese lado es malo porque en vez de que baje la cantidad de medicina que se toma, están tomando más. Y ellos creen que con tomar esas pastillas van a estar controlados y no cuidan su alimentación, no cuidan lo que toman. Porque, a veces, hay muchos que toman refresco embotellado y eso pues sabemos de antemano que es malo para la diabetes. No cuidan su alimentación (Victoriana, Voluntaria de salud, Kinchil, Yucatán, entrevista realizada por Aracelly Pereira, 10 de diciembre de 2013).

Pienso que es difícil cambiar los hábitos alimenticios de un día para otro. La noticia del diagnóstico positivo de enfermedad asusta y los primeros días después de recibirla la persona involucrada trata de modificar la manera de nutrirse. Sin embargo, mientras se sienta bien, es decir, sea capaz de realizar sus actividades cotidianas no se ve en la necesidad de transformar su dieta. Además, el contexto local ofrece una gran variedad de comida chatarra consumida como parte importante de la cultura y las costumbres yucatecas. Así, la opción viable para el control de la diabetes lo representan los medicamentos orales.

El consumo de bebidas alcohólicas ha dado lugar a un problema social en la localidad, el alcoholismo.<sup>47</sup> Existen alrededor de cinco agencias de cerveza y siete cantinas distribuidas en el lugar. Según me contaron y observé, algunos varones (jefes de familias) cuando cobran su sueldo acuden a la cantina y ahí se gastan la mayoría. De

---

<sup>47</sup> Supe de tres casos de violencia intrafamiliar por esta causa en las familias con las que conviví.



tal manera, lo que sobra se lo entregan a su cónyuge para que vea cómo “estirlo” y distribuirlo. Es frecuente encontrarse los fines de semana a hombres ebrios en la localidad. Además, en las reuniones o festejos familiares es común que se ofrezcan bebidas alcohólicas como la cerveza. He observado que en estos espacios mujeres y hombres consumen casi por igual el alcohol.

### 1.10 Recursos en salud

Según la SEDESOL (2014), durante 2010, en Kinchil el porcentaje de personas sin acceso a servicios de salud fue de 17.1%, equivalente a 1,214 personas. En la tabla 5 se especifica el número de personas en la cabecera municipal de Kinchil que cuentan con seguridad social y la institución pública de referencia.

**Tabla 5**  
**Derechohabiencia a instituciones gubernamentales en salud**

<b>Derechohabiencia a instituciones gubernamentales en salud</b>	<b>Número de personas</b>
Población derechohabiente del IMSS	3,414
Población derechohabiente del ISSSTE	35
Población derechohabiente del Seguro Popular	1,569

Fuente: (INEGI, 2010)

En Kinchil existen dos clínicas del IMSS conocidas popularmente como seguro. Estas dos unidades médicas ocupan las mismas instalaciones y están ubicadas a un costado de la plaza principal del poblado, en la curva rumbo camino de Tetiz. Una es la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No.22 Kinchil del régimen ordinario y, la otra es la Unidad Médica Rural (UMR) No.83 para la población abierta del IMSS-Oportunidades. Las unidades médicas pertenecen al primer nivel de atención a la salud.

La UMF No.22 atiende a la población derechohabiente del IMSS, es decir, a los trabajadores asalariados de las empresas privadas, a los ex-henequeneros y a sus familias. Esta Unidad se estableció en la localidad durante el período de 1970 a 1976 cuando el IMSS se hizo cargo de la atención asistencial a los campesinos henequeneros (Orosa Díaz, 1991). En 2010, la población derechohabiente en esta unidad fue de 3,414 personas (INEGI, 2010). Para atender a toda esta población, la UMF No. 22 cuenta con un médico general y una enfermera; en su único consultorio se ofrece consulta externa. Además, esta unidad brinda servicios a los derechohabientes de Tamchén (comisaría de Kinchil), Tetiz, Nohuayún (comisaría de Tetiz), Celestún, y Tedzidz (comisaría de

Samahil). Su horario de atención es de ocho de la mañana a cuatro de la tarde de lunes a sábado.

Los programas de prevención de las enfermedades crónico-degenerativas son nulos en esta unidad de salud. Las recomendaciones que se les brindan a las personas diagnosticadas con diabetes están relacionadas con la modificación de su alimentación y estilo de vida: además, se les enfatiza en lo positivo del cuidado e higiene personal y del tratamiento farmacológico. Los medicamentos con los que cuenta la UMF No.22 son glibenclamida, metformina e insulina.

La UMR No.83 pertenece al régimen del IMSS-Oportunidades, es decir, en ella se atiende a toda la población que no cuenta con seguridad social por parte de los servicios públicos de salud. Esta unidad tiene tres consultorios, dos de ellos son atendidos por un médico general y una enfermera y, en el tercero el servicio es otorgado por dos médicos o médicas pasantes que realizan su servicio social en la localidad.<sup>48</sup> El universo de trabajo de la UMR No.83 es 6,548 habitantes. Debido a que esta unidad pertenece al programa IMSS-Oportunidades, en ella se atiende hasta a las personas que cuentan con seguro patronal o son derechohabientes del IMSS, ya que, se recibe a toda la población que lo requiera.

La UMR No.83 está dividida en seis módulos o áreas: Medicina preventiva, Observación, Urgencias o curación, Salud ginecológica, Administración y Capacitación. Las enfermeras además de prestar sus servicios en los consultorios correspondientes, se hacen cargo de dos áreas en la clínica. La enfermera del consultorio derivado de la UMF No.22 es la encargada del área de Observación y del área de Urgencias y curaciones. Es decir, es responsable de hacer curaciones, poner inyecciones y vigilar el estado de salud de las personas ingresadas que se encuentran en observación. Otra de sus labores consiste en preparar y atender a las personas que van a ser trasladadas a otro nivel de atención, como los hospitales.

El programa IMSS oportunidades ofrece a sus derechohabientes con diabetes la oportunidad de concertar citas mensuales en las cuales se les toma su glicemia capilar en ayunas y se les otorga su medicamento correspondiente (insulina, metformina y/o glibenclamida). Además, cada seis meses tienen derecho a una prueba de laboratorio para corroborar el promedio de sus niveles de azúcar en la sangre. También, se les hace entrega de folletos con información referida a las complicaciones de la enfermedad y al

---

<sup>48</sup> En esta unidad, la modalidad de aprovechar el servicio social de los médicos o las médicas comenzó a ponerse en práctica desde 2012.

cuidado de los pies con el fin de evitar los malestares o alertar cuando hay signos alarmantes.

La UMR No.83 cuenta con un programa denominado Sistema de Atención Integral a la Salud (SAIS) impartido por el médico de jornada y se lleva a cabo los sábados. Esta capacitación va dirigida a las personas con diabetes, hipertensión y a las mujeres embarazadas; el énfasis principal se hace en la cuestión de la alimentación adecuada para cada tipo persona. Según el médico encargado de esta unidad, las complicaciones más comunes de la población con diabetes en Kinchil son “la insuficiencia renal, el pie diabético y la retinopatía o sea, problemas de la retina” (Luis Villegas, Médico encargado de la UMR No.83, Kinchil, Yucatán, entrevista realizada por Aracelly Pereira, 24 de septiembre de 2013).

Además, esta unidad médica cuenta con un Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA). En este espacio los adolescentes reciben pláticas y orientaciones con respecto a determinados temas de salud y sexualidad. En estas reuniones se prioriza el intercambio de experiencias entre pares bajo la tutela de los profesionales de la salud.

En Kinchil, la mayor parte de la población afiliada al Seguro Popular acude a la clínica del IMSS-Oportunidades a pesar de que, su centro de salud de adscripción lo puede elegir en Samahil, San Antonio Tedzidz (comisaría de Samahil), Celestún o Ucú. El horario de atención en la UMR No.83 es de ocho de la mañana a cuatro de la tarde. Después de las cuatro de la tarde así como en los días sábados y domingos, la atención de la clínica queda a cargo de los médicos pasantes y/o del médico de jornada, es decir, del médico que aún no tiene una base en la institución. Existen 24 horas de atención continua, ya que, la unidad siempre cuenta con personal de salud para atender a las necesidades de la población.

Esta unidad médica ha dividido a sus afiliados en cuatro sectores para la organización más eficaz de su servicio. El personal de cada consultorio es responsable de la población localizada en un determinado sector aunque, existe un consultorio al que le corresponden dos sectores en vez de uno. Otro consultorio atiende a la comisaría de Tamchén además de su sector.

En cada sección de la cabecera municipal de Kinchil, y en la comisaría, existe una voluntaria de salud. Además, por cada manzana del sector hay una promotora de salud.<sup>49</sup> En diciembre de 2013 había un total de 82 promotoras de salud bajo la

---

<sup>49</sup> Las voluntarias de salud reciben una gratificación de \$2,000 cada cuatro meses, es decir, se les paga \$500 al mes. Por otro lado, casi todas las promotoras de salud son beneficiarias del programa Oportunidades y no reciben ninguna gratificación monetaria por su trabajo.

responsabilidad del médico y de las cuatro voluntarias de salud. Tanto voluntarias como promotoras tienen la función de ser un enlace entre los médicos y la población; reciben capacitación cada mes en la UMR No.83 y, una vez al año este adiestramiento se lleva a cabo fuera de Kinchil.

Las voluntarias de salud se encargan de llevar y actualizar las listas de personas con diabetes, hipertensión, embarazo, niños con desnutrición, vacunación de los niños menores de cinco años y control de vacunación en niñas de nueve años contra el Virus del Papiloma Humano (VPH). Deben estar pendientes de las personas que padecen diabetes, ya sea, visitándolas directamente en su domicilio o por medio de los informes de las promotoras de salud. Si se enteran de que una persona con diabetes ha faltado a sus citas tienen la responsabilidad de ir a visitarla y averiguar las razones por las cuales ha dejado de ir; además, le recomiendan acudir cuanto antes a la unidad médica de salud. La vivienda de las voluntarias cuenta con un botiquín con medicamentos como el paracetamol y el suero, además, están autorizadas para recetarlos a la población que acude a ellas cuando tiene un problema leve de salud; cuando la gente tiene un problema serio emiten un volante de derivación hacia la UMR No.83.

Por otro lado, en dos sectores las voluntarias de salud están autorizadas para recibir a las personas que forman parte del programa Oportunidades y que por el horario de su trabajo no pueden acudir a su cita mensual. Las voluntarias reciben a esta población los domingos por la tarde. En esas consultas les toman la presión, les revisan el nivel de glucosa en la sangre, los pesan y los miden. Si llegaran a tener un problema de salud se les entrega un volante de derivación a la unidad médica.

Las cuatro voluntarias de salud están directamente relacionadas con la problemática de la diabetes de tipo 2. La madre de una voluntaria padece diabetes, y ella piensa que el factor hereditario es importante en el advenimiento de la enfermedad; otra padece obesidad y sabe que es un elemento de riesgo; a la tercera le dio pancreatitis hace varios años y considera que sus órganos están dañados y son susceptibles a la enfermedad; la última de ellas tiene diabetes desde hace seis años. Esta voluntaria de salud padeció diabetes gestacional durante sus tres embarazos.<sup>50</sup> Aunque cuenta con seguridad social y ahí le surten su medicamento, prefiere no consumirlo porque le hace daño. Por ello compra en la farmacia su medicamento, metformina y glibenclamida en una misma pastilla. Invierte en su tratamiento \$60 al mes. Por otro lado, piensa que sus

---

<sup>50</sup> “La diabetes gestacional es un estado hiperglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo. Sus síntomas son similares a los de la diabetes de tipo 2, pero suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas” (OMS, 2012).

niveles de azúcar en la sangre se pueden mantener controlados si está tranquila, evita todo tipo de problemas, realiza actividad física y se alimenta sanamente.

De mis entrevistados principales, tres son derechohabientes del IMSS, es decir, que acuden por consultas, citas y medicamentos a la UMF No.22. Don Chelín y don Pedro tienen seguro ya que fueron ejidatarios y doña Elvira, es derechohabiente porque su esposo también laboró en el ejido. Doña Magali acude al IMSS-Oportunidades debido a que fue dada de baja en el IMSS. En caso de que haya personas que requieran servicios del segundo o tercer nivel de atención a la salud, a los individuos que son derechohabientes del IMSS se les canaliza a Umán, al Hospital Regional "Benito Juárez" o al Hospital Regional "Ignacio García Téllez" (T1) ubicados en la ciudad de Mérida, Yucatán. En cuanto a las personas que no están inscritos en ninguna institución pública de salud o forman parte del Seguro Popular se les canaliza al Hospital O'Horán situado en la capital del Estado.

Además de las instituciones públicas, en Kinchil existen dos consultorios particulares atendidos por médicos varones originarios de Hunucmá. El precio por consulta es de \$50 pero, a ello se le agrega el costo de las medicinas que prescriben. El horario de trabajo de uno de ellos es vespertino con excepción de los fines de semana y, al otro doctor se le encuentra por las mañanas. Por otro lado, existen cuatro farmacias en Kinchil, tres son locales y una pertenece a la cadena de Genéricos Intercambiables. Las farmacias cuentan con los medicamentos de mayor demanda para tratar los siguientes malestares: diarrea, gripe, dolor de cabeza o cuerpo e infecciones.

### **1.10 Conclusiones**

El proceso productivo del henequén y las formas de explotación a las que estaban expuestos los habitantes de Kinchil dejaron unas huellas profundas que aún se pueden observar en sus condiciones actuales de vida. No es una coincidencia que casi el 80% de la población viva en pobreza ni que la totalidad de mis entrevistados principales haya carecido de acceso a la educación puesto que, ninguno cursó la primaria. Además, el hecho de que todos sean hablantes de una lengua indígena los coloca en una posición desigual a la de otros mexicanos a la hora de acudir a la institución pública de salud de la cual son derechohabientes. Los procesos de modernización y globalización traen consigo consecuencias nefastas para la población rural como por ejemplo, la transformación de los regímenes de solidaridad entre las familias, el acceso a productos industrializados y de gran contenido calórico y los estilos de vida sedentarios.

# CAPÍTULO 3: “MUJERES EXPERIMENTADO Y SUFRIENDO DIABETES”

## 1.0 Introducción

Las maneras en que se vive la discapacidad por la diabetes se expresa de manera diferenciada entre los hombres y las mujeres; este rasgo distintivo no es privativo de este padecimiento y se puede reconocer en otras investigaciones con grupos étnicos de Chiapas (ver, p. ej. Eroza, En prensa). Las historias de doña Magali y doña Elvira dan cuenta de las formas de vida, las tribulaciones y el drama que vivieron como consecuencia de su enfermedad. Las y los lectores, a través de las narrativas, podrán formarse una opinión acerca de lo que implica vivir con un padecimiento y presentar complicaciones incapacitantes en un contexto que incluye tanto a la aquejada como a su familia. Destaco la cuestión del cuidado hacia las personas enfermas, la disrupción biográfica personal y el drama social provocados por la diabetes.

En las investigaciones de Robles (2007), Arganis (2009) y Vázquez y Enríquez (2012) se enfatiza que las mujeres son las principales encargadas del cuidado de las personas enfermas en el espacio familiar. Entonces, ¿qué sucede cuando las mujeres pierden la posibilidad de ser cuidadoras para revertir su papel? En los casos de doña Magali y doña Elvira veremos que otras mujeres se hacen cargo de su asistencia y atención. La participación de los varones es visible sobre todo cuando las mujeres no pueden hacerse responsables de la atención a los enfermos. Así, el cuidado durante una enfermedad incapacitante representa un reto familiar y se ve reflejado en los testimonios de los actores sociales.

Cada caso está documentado de la siguiente forma: primero, describo a la actora social, en seguida presento sus testimonio ordenados de acuerdo con tres momentos clave: historia de la enfermedad, historia de las complicaciones y situación actual de vida, por último, analizo las narrativas destacando los aspectos que constituyeron el drama social, así como los elementos contextuales que incidieron en su constitución. Cierro el capítulo con una comparación que pretende dar cuenta que la enfermedad es un proceso disruptivo en la biografía de los actores sociales involucrados y asimismo, produce dramas en el entorno social y familiar donde se gesta.

## 1.1 Doña Magali<sup>51</sup>

Doña Magali “murió el 21 de abril de 2014 debido a un paro cardíaco”<sup>52</sup> a los 42 años de edad. Cuando la conocí era una mujer de 41 años, sin embargo, su apariencia la hacía verse diez o más años mayor. Su verdadero nombre fue Margarita pero, todo el mundo la conocía como Magali. Era delgada, tenía el cabello largo y la tez morena, a simple vista podía observarse que sus dientes estaban desgastados, complicación causada por la diabetes que padeció. Doña Magali fue una mujer mestiza,<sup>53</sup> usaba hipil; además, era bilingüe, hablante de maya y español.

Doña Magali tenía la cara adormilada, un tanto melancólica, pero al final siempre se dibujaba una sonrisa en su rostro. Era una persona simpática, buena gente y muy directa: “¿qué más me vas a preguntar?, ¿qué más quieres saber?” me decía, “bueno...quisiera saber cómo le empezó la diabetes...” le respondía, “¿qué otra pregunta sigue?, ¿cuál más?, ¡qué más!”. Me agradaba su forma de ser, parecía estar dispuesta a contarme la historia de su enfermedad y su padecimiento. Aunque, esto no sucedió del todo. Recreó su historia dentro del marco de lo posible, como quería que hubiera ocurrido.

Doña Magali padeció diabetes por 15 años y debido a sus complicaciones perdió un dedo de cada pie. Primero, le quitaron un dedo del pie izquierdo y después, uno del derecho. Durante el tiempo que realicé mi trabajo de campo, doña Magali tuvo que ir todos los días al seguro de Kinchil para que le hicieran sus curaciones, ya que, su segunda operación había sido unos meses atrás. También le inyectaban insulina, que le controló la enfermedad hasta los últimos días de su vida. Al igual que doña Magali sus padres padecieron diabetes. A su padre, don Lin, le mutilaron ambas piernas y padeció insuficiencia renal y cardíaca; murió en abril de 2013. Antonia, su madre, tenía 63 años en ese mismo año y hacía cinco que vivía sin los dedos del pie derecho pero, podía caminar. Además, seguía realizando algunas actividades dentro del ámbito doméstico como lavar la ropa y criar a sus animales. También padecía de la presión arterial, y tenía piedras en el riñón derecho. Cuando conocí a doña Antonia, recién había muerto su esposo.

---

<sup>51</sup> La situación particular de esta mujer la explico con más detalle en el capítulo 1, en el apartado 1.9 denominado “Caso fallido y excepcional, casos confirmados. Cuestiones éticas, grado de confianza y empatía con los entrevistados” y por lo mismo, a diferencia de los demás, este caso no va acompañado de la opinión de sus familiares vinculados a la cuestión del cuidado y atención hacia su persona.

<sup>52</sup> Información brindada por Jesús Solís, vecino de Kinchil, comunicación vía electrónica, 6 de junio de 2014.

<sup>53</sup> Como señalé en el Capítulo 2, a las mujeres indígenas en Yucatán se les denomina “mestizas”.

Dos hermanas menores de doña Magali también padecen diabetes, éstas son Alicia y Alejandra. La primera vive en Kinchil y es la encargada de cuidar a su mamá. Alejandra vive en Hunucmá y de vez en cuando visita a sus familiares. Los otros hermanos varones de doña Magali viven en la misma cuadra que su madre, cada uno en su casa con su esposa e hijos menores de edad. La diversión de los niños es ir a jugar al patio de la casa de su abuela, así que doña Antonia tiene que regañarlos cuando se pelean. La diabetes forma parte de la historia familiar, presente en al menos dos generaciones.

Doña Magali se casó y tuvo siete hijos, tres varones y cuatro mujeres. Su esposo y sus tres hijas más pequeñas vivían en la misma casa. La más grande es Teresita de 17 años, la siguiente es Carolina de 16 y, la más pequeña es Lupita con 14. Teresita estudiaba en el bachiller de Kinchil, Carolina y Lupita dejaron de asistir a la secundaria cuando a su mamá le quitaron el dedo derecho de su pie, ya que, tuvieron que quedarse en casa para ayudarle en los quehaceres cotidianos. Ahora, estudian la secundaria pero en modalidad abierta. Lupita, todos los días por la tarde, sale con su triciclo a vender elotes en el centro del poblado. El hijo mayor de doña Magali, Agustín de 26 años, construyó su casa junto al domicilio de su familia, y allí se estableció con su esposa e hijo.

La familia de doña Magali se ha dedicado por varias generaciones a la venta de elotes sancochados; cuando ella no había sufrido las complicaciones de su enfermedad laboraba con su esposo e hijas. El trabajo temprano de sus hijas ha sido fuente de conflicto familiar porque Felipe, hijo de la pareja residente en Hunucmá, denunció a sus padres con el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) por obligar a sus hermanas a laborar como venteras. Según doña Magali la acusación ocurrió cuando a ella le dio la enfermedad de Chagas.<sup>54</sup> En esa época, el problema se resolvió porque el esposo de doña Magali prometió distanciar a sus hijas del negocio familiar.

Una fuente de angustia para doña Magali fue su hijo Agustín, que laboraba en Mérida, acusado de robo y encarcelado “cuando al salir de su trabajo, tomó unas cervezas y al ir a tomar el camión hacia Kinchil, un grupo de jóvenes intentó robarse

---

<sup>54</sup> La enfermedad de Chagas, también llamada tripanosomiasis americana, es una enfermedad potencialmente mortal causada por el parásito protozoo *Trypanosoma cruzi*. [...] La enfermedad de Chagas tiene dos fases claramente diferenciadas. Inicialmente, la fase aguda dura unos dos meses después de contraerse la infección. [...] Durante esta fase aguda circulan por el torrente sanguíneo una gran cantidad de parásitos. Durante la fase crónica, los parásitos permanecen ocultos principalmente en el músculo cardíaco y digestivo. Hasta un 30% de los pacientes sufren trastornos cardíacos y hasta un 10% presentan alteraciones digestivas (típicamente, agrandamiento del esófago o del colon), neurológicas o mixtas. Con el paso de los años, la infección puede causar muerte súbita o insuficiencia cardíaca por la destrucción progresiva del músculo cardíaco (OMS, 2014).



una motocicleta por donde él pasaba, al ser descubiertos huyeron y lo tomaron preso a él”.<sup>55</sup> Esta situación ocurrió como dos meses después de que a doña Magali le amputaron su dedo del pie derecho. Sin embargo, luego de varios meses en la cárcel, Agustín salió bajo fianza “a fines del año pasado y estuvo cerca, en su agonía, y en los funerales de su mamá”.<sup>56</sup> Doña Magali murió en abril de 2014, un año después que su padre. Su testimonio permite conocer de viva voz su experiencia durante la enfermedad.

### **Historia de la enfermedad**

**Doña Magali:** Ahorita ya pasaron 15 años de que me di cuenta que era diabética. Me dio por un susto, en que atropellaron a mi hermanito. Lo atropellaron en la carretera y murió instantáneamente. Mi otro hermanito me vino a avisar que ya se había muerto, me avisó a las tres de la mañana. Hasta el doctor particular me dijo que me dio diabetes por un susto porque estábamos durmiendo, estaba caliente mi sangre, estaba tranquila y de repente se asustó mi sangre, eso es lo que pasó, me dice el doctor.

### **La enfermedad de Chagas**

**Doña Magali:** Pues el bicho al que le dicen chupa-chupa, me picó en la cabeza. Me tuvieron que operar porque se formó una bola grande, un tipo de absceso en mi cabeza. Esa vez tardé en el hospital. Hice como cuatro meses en el O’Horán ¡por Dios!, esa vez sí tardé.

### **Historia de la primera complicación, dedo del pie izquierdo perdido**

**Doña Magali:** Cuando me pasó lo de mi dedo del pie izquierdo estaba barriendo, en eso se atravesó la maderita, los pedacitos de la mata que se cae y entró en mi dedito. Claro que no hice que me lo laven el mismo día que me pasó. Sí vi que entró el pedacito en mi dedito, agarré, se lo quité, y lo lave. Pero no le di importancia, dije: “¡Ah! Va a quedar bien, está chiquitito”. Pero al otro día veo que ya tiene materia y mejor fui a que me lo laven. Es como dicen los doctores y las enfermeras, apenas que se lastime uno cuando es diabética tienes que ir a que te lo laven, tienes que ir a consultar, para que te den ámpula para que se desinfecte, para evitar la infección, para que no se inflame. Pero yo no hice eso ese día, porque fui otro día. Pues ya al otro día ya se estaba quedando negro. Mis uñas empezaron a quedar negras, desde que empiece a quedar así el dedo quiere decir que ya se está muriendo, así me lo dijo el doctor. Me lo tuvieron que quitar. Eso pasó hace dos años.

### **Historia de la segunda complicación, dedo del pie derecho perdido**

**Doña Magali:** Con el dedo del pie derecho me caí, me resbalé y se peló mi dedito. En el momento fui a que me lo laven y todo. Pero como en la sangre tengo la diabetes, en la sangre y en la orina, en las dos la tengo, es un riesgo como dice el doctor porque rápido te lastimas. En cambio, cuando uno solo la tiene en la orina no es tanto el riesgo, aunque

---

<sup>55</sup> Información brindada por Jesús Solís, vecino de Kinchil, comunicación vía electrónica, 6 de junio de 2014.

<sup>56</sup> Información brindada por Jesús Solís, vecino de Kinchil, comunicación vía electrónica, 6 de junio de 2014.

te lastimes o se pele tu piel así o lo que sea, no es tanto. Pero cuando la tienes en la sangre, apenas que se lastime uno inmediatamente hay que acudir con el doctor.

Ya pasaron cinco meses ahorita de esa operación. Porque al principio empezó a regenerarse rápido pero a la mitad del proceso, empezó a tener materia (pus). Entonces, la materia es la que no dejó que sane, por eso fue que tardó. Ya después, el dedo que está al lado del que me quitaron se infectó y también tuvo materia. Así me lo estuvieron curando, es lo que más tardó. En cambio, el izquierdo no tardó, cuando dijo quedar bien fue rápido.

Esta vez hice como dos meses en el hospital. Primero hice un mes y como no había esa cosa que le iban a poner a mi pie para que me lo quiten, no me lo quitaron y me mandaron a mi casa. Luego, me avisaron que ya me lo iban a poder operar porque ya había el material.

Cuando estaba en el hospital O'Horán nadie se quedaba conmigo por las noches porque no te dejan. No dejan que haya alguien contigo. Pero en el horario de visitas sí lo permiten. Hay visitas a las 11 de la mañana, a las tres de la tarde y a las 10 de la noche. Mi hijo y mi esposo se turnaban para visitarme, mis hijas no iban porque no las dejaban pasar así, son menores de edad.

Al medio día en el O'Horán, te dan para comer calabaza, chayote, pollo, eso te dan en el almuerzo. En el desayuno te dan papaya, sandía, melón, manzana, todo eso te dan. Además, te dan un poco de huevo, te dan francés o tres tortillas. En la cena, lo mismo, te dan un pedazo de pollo o huevo, a veces, puerco molido; bueno, digo puerco molido pero allá pura soya se maneja. Pues te dan un platito con barra, en la cena te dan soya con un poco de barra o galleta de soda y siempre te dan manzana, sandía y melón en pedacitos, viene todo picadito.

En el hospital me daba hambre y tenía que comer lo que me daban porque no había nada más para comer. En cambio cuando estás en tu casa, pues estás tomando un poco de pozole<sup>57</sup> o estás comiendo unas galletitas o lo que sea, porque yo compro mis barras de *Choco Krispis* pero sin azúcar.

Allá en el O'Horán me atendieron bien. En el Juárez dicen que atienden mejor y no es cierto, para mí no. Allá sólo una tortita te dan para comer y, a una barra le sacan tres o cuatro pedazos y te sirven un pedacito de torta y un vasito de café. Allá en el Juárez café te dan, nunca te dan leche o jamaica u otras cosas así. Hice una semana allá para que me operaran mi pie derecho, porque tenía seguro patronal. Pero ya después, estuvieron checando mis papeles y me dijeron que estaba dada de baja y no me operaron. Entonces, me mandaron al O'Horán.

Una semana hice en el Juárez y mi pie se estaba pudriendo, estaba fregado y no me lo lavaron, no me lo lavaron ¡por Dios! Sólo unas inyecciones me daban, pero mi pie que se estaba pudriendo no me lo lavaron. Una semana hice, entré un sábado... hice ocho días allá porque el domingo me sacaron y no me lavaron para nada mi pie. Yo le dije al doctor encargado: “¿cómo va a quedar bien mi pie si no me lo lavan!?” me contestó: “¿por qué lo dice señora?”, “es que no me lo han lavado, hace ocho días que vine y no me han lavado mi pie” y me dijo: “después señora”. Ya después me dijo: “señora la van a enviar a otro hospital, ya no tiene seguro patronal, estaba asegurada pero la dieron de baja”. Yo dije: “pues mejor entonces, que mejor me manden al O'Horán, que me manden allá, porque acá hay me muero y hay vuelvo a vivir y nunca me van a hacer caso”, así se lo dije yo.

Allá en el Juárez no te atienden. Hice una semana allá, no me lo lavaron, nada más me daban mi medicina y un pedacito de torta nada más para el almuerzo, lo mismo en la cena y en el desayuno. Creo que a una barra le sacan cuatro o cinco pedazos, ¡por Dios! y así te lo dan.

---

<sup>57</sup> “Consiste en pequeñas bolas de masa que se deslíen en agua” (Bonfil, 2006:133).

En el O'Horán apenas llegué, me dijeron que sí me iban a operar. Pero ya después, me dijeron que no me iban a operar porque todavía no había material. Entonces, me mandaron a mi casa. A los 15 días o más regresé. Llegué y lo mismo, no había el material pero me quedé ingresada, me quedé allá.

En el O'Horán diario me hacían mis curaciones, en la mañana o en la noche. Pasaba el de las curaciones y a todos atendía, no creas que escogía a quién iban a curar y a quién no, allá a todos los curaban. Pasaban las enfermeras en fila con sus carritos, se dividían las camas y empezaban a curar. En el O'Horán sí te atienden. Antes de la cena se ponían a curar, o a veces, antes del desayuno. Sí, allá sí me curaban, me daban mi medicina y me daban mi insulina para que estuviera normal mi azúcar.

Pues ya pasaron cinco meses en que me operaron. Fue en abril porque fue antes de la fiesta de aquí que es en mayo.

## **Situación actual**

### **Un día normal en su vida**

**Doña Magali:** A las seis de la mañana estoy despertando, me despierto pero no me levanto. Temprano me despierto, me viro en mi hamaca de un lado, al rato me viro del otro lado y así. A las ocho de la mañana me levanto, como no hay nada que hacer... Al rato empiezo a reventar voladores (hacer ruido) para que las chiquitas se levanten. Les digo: “¡levántense, ya es tarde!”. Entonces se levantan, preparan el desayuno y prenden la candela. Hay veces desayuno huevito, a veces frijol con huevito, sino queso. Bueno yo como queso, ellos comen huevo con morcilla, a veces frijol *k'abax* (frijoles de la olla con caldo y sin condimentos) con huevo o el resto de la comida del día anterior. Luego me siento en el patio y empiezo a regar mis sembraditos.

Después me acuesto un rato. En eso ellas van comprar y cuando regresan les ayudo a preparar la comida. Me siento cerca de ellas para que yo cheque qué van a hacer, les ayudo, luego hago que pongan la comida en la candela y ellas lo vigilan. Entonces, me vuelvo a acostar otra vez. Almuerzo hasta las tres de la tarde, hasta que yo sienta hambre porque no me da hambre, sólo me da sed. Tomo agua helada, a veces, preparo sandía, melón, china (naranja dulce) y el plátano raramente lo hago.

Ya que almorzamos me acuesto, ya no hay más qué hacer. Ellas después lavan trastes, ellas hacen todo. Luego, una se pone a hacer su tarea y la otra sale a vender elotes. Entonces me pongo a ver *La Rosa de Guadalupe*<sup>58</sup> y cuando termine me meto a bañar. Después, me vuelvo a acostar otra vez. Las niñas regresan de vender como de ocho a ocho y media de la noche, ellas van en triciclo.

Cuando vienen ellas, pues ya me bañé, y preparan la cena y a cenar. Hay veces, ceno tres o cuatro tortillas y ya estuvo. Cuando no ceno con tortillas, me tomo un vaso de pozole. Porque cuando como tortilla pues me tengo que comer varias y si tomo pozole, pues es un vaso de pozole y ya está estuvo. A veces, me tomo un vaso de leche con galletas de soda con queso. A las nueve o diez de la noche me acuesto, pero aunque esté acostada no entra mi sueño, con el calor no entra mi sueño. Hasta que pongo un ventilador cerca de mí entra mi sueño y cuando yo diga dormir, dormir hago hasta el amanecer.

---

<sup>58</sup> Es un programa de Televisa que se transmite en el canal 9 de televisión abierta, con la señal de XHTP. Su duración aproximada es de una hora y se transmite los lunes, miércoles y viernes a las 5 pm. Es una serie parecida a las telenovelas, en ella se tratan diversos problemas sociales mediante un abordaje exagerado y hasta cierto modo morboso. En cada una de las historias la rosa blanca encontrada junto a la imagen o bulto de la Virgen de Guadalupe representa un milagro y es imprescindible para que los personajes comprendan el error de sus acciones u omisiones. Se supone que cada historia contempla una moraleja acorde al tema tratado.

### **Qué puede y qué dice comer**

**Doña Magali:** Cuando salí del hospital O'Horán me dieron una hoja que decía qué tanto podía comer. Me dijo el doctor que podía comer pollo pero sancochado y quitándole el cuero para que no tenga mucha grasa. Sancocho el pollo y le tiro zanahoria, calabaza, chayote y eso me como con la carne del pollo, con la sopa, eso es lo que como. A veces, como lentejas, lo que saco es la verdura, papa, calabaza, chayote y la lenteja, pero casi no te como el puerco, un poquito nada más de carne. Pues así, es lo que como, pollo. Lo que sí como más es el chocolomo (caldo y carne de res) y el *chan chaac* (caldo de res con verduras y carne) eso sí porque hasta el doctor me dijo que sí lo podía comer. Porque es carne de res, es carne natural, tiene un poco de grasita, pero es un caldo.

### **Tratamiento con insulina**

**Doña Magali:** Antes tomaba glibenclamida y metformina pero ahorita me las hicieron a un lado y me están dando insulina todos los días. En el seguro me la ponen. Voy a veces a las 11 am, a veces a las 12 pm, cuando terminan el quehacer las niñas, me llevan. Ahora diario me hacen curaciones. Pues yo gracias a Dios, casi no siento que me duele cuando me hacen las curaciones, cuando me lo lavan. Cuando me lavaban la cabeza y me la exprimían y después le ponían unos polvitos especiales, me lo ponían así y me lo embarraban para que se secura mi herida. Pues aunque arde, aunque duele, tienes que aguantar.

### **Relación con su familia**

**Doña Magali:** En que me operaron, dos de mis tres hijas dejaron de estudiar. A mis hijas les faltaba un año para que terminaran la secundaria y dejaron de ir por mí, así como dicen ellas: “mamá, no te queremos dejar”. Pues ni modos, qué más. Yo les decía a las cabronas: “con una que se quede y la otra que vaya a clase, o si no pueden ir las dos a clase”. Una me dijo: “pues no sigo yendo si no va mi hermana, me quedo ayudar a mi hermana”. Pues están estudiando, pero abierto, así clases abiertas les están dando. Aunque pobremente pero están estudiando. Porque el estudio es para ellas, para que el día de mañana se sepan valer por ellas mismas, cuando se casen o cualquier cosa. Ya saben valerse con sus estudios. La otra sí siguió estudiando, la más grande siempre está estudiando. Ellas preparan desayuno, ellas calientan la comida, ellas hacen todo. Como trabajé mucho cuando estaba joven, pues ahorita como estoy enferma me tienen que atender.

Mi hijo cuando estoy enferma o por cualquier cosa me lleva al O'Horán. Mi esposo, lo mismo. Mi esposo siempre ha sido igual conmigo. A veces, por cualquier cosa me dice: “¿necesitas ir al seguro señora?, ¿tienes medicina?”, le digo: “no, todavía me queda pero creo que voy esta semana”. Me dice: “irás a buscar tu medicina, irás a consultar”.

Gracias a Dios me llevo bien con mi esposo, desde que me casé con él. Sí nos peleamos ¿no? por cualquier cosita nos molestamos. Pero no dura todo el día, al ratito me dice: “viejita ¿estás molesta siempre?”, “no, ¿cómo crees?”. Listo.

Pues mi hijo sí cambió un poquito, porque antes no era muy atento. Pero ahora es más atento, cualquier cosa que me lastimo o cualquier cosa, me dice: “¿Mamá, qué te pasó? Mamá cuídate, si te golpeas tu dedito después te lo quitan, siempre estás sufriendo, estás en el hospital, siempre te estás fregando”. Es un poco más atento porque antes no.

Mi hija Lupita es la que más me ve. Como la que estudia va a clase, pues cuando viene se pone a hacer sus tareas, pero sí me pone atención, lo mismo que cualquiera cuando estoy enferma. También mi otra hija, también lo mismo, pero la que más me ve es Lupita. Después de que estuve varias veces en el hospital Lupita se volvió más cariñosa, más atenta conmigo.

### **Reflexiones con respecto a su enfermedad**

**Doña Magali:** La enfermedad al principio se siente igual, se siente lo mismo, porque trabajas, comes y todo bien. Pero ya ahorita después de 15 años, no es lo mismo porque no puedes trabajar, no comes lo que come toda tu familia, tú comes otras cositas, ya no es lo mismo.

Cuando me operan, es lo peor que me pasa, es horrible. Me operaron mi cabeza por la enfermedad de Chagas, después me quitaron un dedo del pie izquierdo y ahorita, uno del derecho. Es lo peor, es lo más horrible de su diabetes de uno.

Antes yo era ventera de elotes. Desde que era una chiquita, andábamos con mi papá y mamá vendiendo elotes.

Ahorita, ya tiene dos años en que estoy en mi hamaca. Me quedo bien un tiempo, estoy andando pero sin ir a vender. Ayudo a cocinar a las niñas, las ayudo en los quehaceres de la casa. Pero ya no es lo mismo, ya no salgo a vender como de antes. Extraño ir a vender elotes porque cuando voy a vender tengo dinero. Bueno, sí me dan dinero pero, me aburre estar en mi hamaca. Eso es lo que extraño, a las personas; cuando uno sale de su casa platica con la gente. Estás allá conversando, estás chismeando, estás allá.

Aunque sí salgo, así no más, voy al seguro, a comprar al mercado, hago que me lleven las niñas (en triciclo). Es para que yo me distraiga porque si no me quedo aquí en la casa pensando que estoy enferma, me la paso acostada. Pues, ¿qué más vas a hacer?, puro dormir, no buscas qué hacer.

### **1.2 Análisis del caso<sup>59</sup>**

La diabetes forma parte de la historia familiar de doña Magali; a pesar de que, en comparación con otras personas enfermas, las pérdidas de los dedos de los pies son mínimas sus experiencias con el padecimiento fueron dramáticas sobre todo en los ámbitos referidos a las hospitalizaciones y a las cirugías. Asimismo, su caso es importante porque nos demuestra que el nivel de las amputaciones en el cuerpo y la edad de quien las ha sufrido no determina el tiempo restante de vida pero, si aminora la calidad de la misma. Por otro lado, esta mujer jugó dos papeles centrales y destacados, por sus atribuciones y obligaciones, en su familia nuclear: el de madre y esposa. En sus narrativas, se reconoce la centralidad del primer rol ya que lucha por mantenerlo y su condición de enfermedad le ayuda a mantener la autoridad sobre sus hijas menores de edad.

La historia de diabetes familiar, aunque no le impide prevenir las lesiones en sus extremidades, es un factor importante en la forma como vive la pérdida de sus dedos. Es decir, el antecedente de sus padres con amputaciones le permite reconocer sus perspectivas en el futuro, los límites y sus posibilidades sin entrar en la disyuntiva de perder la vida a costa de su integridad física. Por otro lado, el clima en Yucatán propicia que la mayor parte de la población utilice sandalias, guaraches o ande descalza y corra el riesgo de sufrir accidentes o lastimarse los pies. El acceso limitado a los servicios de

---

<sup>59</sup> Agradezco con sinceridad a la Dra. Graciela Freyermuth sus comentarios para el mejoramiento de este apartado mediante la comunicación vía electrónica del 25 de noviembre de 2014.

salud y la falta de educación con respecto a su enfermedad imposibilitaron que tomara decisiones oportunas en favor de su salud. Además, una de las características en las personas con diabetes que no han logrado un control adecuado de su enfermedad es justo la pérdida de la sensibilidad en las extremidades superiores e inferiores del cuerpo. Quizá doña Magali no sintió que su dedo se lastimó y por ello, acudió tardíamente a una institución pública de salud.

Los hombres de la familia tienen centralidad en la aparición de su enfermedad, cuando su hermano menor es atropellado, y en el empeoramiento de la misma, cuando su padre falleció o encarcelaron a su hijo mayor. Todos estos sucesos repercutieron en la salud y el estado emocional de doña Magali. Los hombres son marginales en el cuidado habitual, como arreglos a nivel familiar desde la lógica de los roles de género, no así en el seguimiento durante las estancias en el hospital y en la manutención de la vivienda a la par del trabajo de las mujeres menores de edad.

El discurso de doña Magali sobre la atención brindada en los hospitales está fundamentalmente relacionado con la negligencia médica y la apreciación de los alimentos. En primer lugar, es preciso destacar que un aspecto burocrático como la conclusión de su vigencia de derechos en el hospital Juárez incidió en su traslado al O'Horán. Doña Magali se sintió ofendida y violentada cuando la "sacaron" de este lugar porque explica que durante su estancia tampoco le curaron su herida. En segundo lugar, por la comparación que establece entre comer en su casa y en el hospital infiere que la comida brindada en éste último fue insuficiente para satisfacer su hambre. Además, estaba acostumbrada a consumir otro tipo de alimentos como el pozole o algunos productos industrializados caracterizados por su gran contenido de carbohidratos y azúcares. A través de su testimonio podemos reconocer la centralidad que la comida jugó en su vida. Esto se reconoce también en sus narraciones en torno a la vida cotidiana, ya que, la comida representó una fuente de placer.

Doña Magali reconoció que la alimentación saludable era importante para el mantenimiento de un buen control de su enfermedad y aunque, trató de ajustar sus hábitos alimenticios de acuerdo con las recomendaciones del médico no lo logró del todo. Algunas circunstancias influyeron para que no modificara en forma drástica su dieta. En primer lugar, en Kinchil la oferta de alimentos saludables es menor a la de comida rica en carbohidratos, grasa y azúcares. En segundo lugar, doña Magali no contaba con los recursos económicos suficientes para hacerlo. Pero, más allá de estas limitantes es claro que esta mujer tampoco daba cuenta de tener la disposición de cambiar sus hábitos alimenticios. En dicho sentido se destaca la tensión entre los

mandatos médicos y las posibilidades reales de la gente por cumplirlos, tanto en la cuestión económica como en la cultural.

Por otro lado, a diferencia de su madre que ante la pérdida de sus dedos continuó realizando sus actividades cotidianas doña Magali modificó radicalmente su dinámica de vida. La enfermedad de Chagas fue determinante en su trayectoria, quizás fue su verdadero problema porque a largo plazo le produjo daño cardíaco. Tal vez debido a este mal se encontró discapacitada, ya que, la pérdida de los dedos no impide la deambulaci3n y menos en una mujer delgada. Es posible que al final esta enfermedad le haya provocado la muerte.

El drama social es un proceso que surge por situaciones conflictivas. En este caso, el problema estaba relacionado con los cambios que produjeron las amputaciones en doña Magali. Cada miembro de la familia modific3 sus funciones para hacerle frente a la condici3n de creciente dependencia en su ser querido; si bien solo le mutilaron un dedo de cada pie, esta mujer vivi3 la disrupci3n como un suceso de incapacidad completa. En este sentido, a ra3z de sus p3rdidas logr3 obtener beneficios secundarios que la eximieron de realizar cualquier trabajo en su casa, en el comercio y la convirtieron en el centro de atenci3n.

Su situaci3n espec3fica de recuperaci3n y enfermedad propici3 que sus dos hijas pequeñas fueran las responsables de las labores dom3sticas y se encargaran de la venta de elotes. Doña Magali menciona haber tratado de mantener su rol de madre y hasta cierto punto de administradora, ya que, orientaba, dirigía y vigilaba a sus hijas cuando realizaban los quehaceres. Esta mujer y su esposo habían enseado a todos sus hijos a involucrarse en el negocio familiar; como para doña Magali era com3n que sus pequeñas participaran en éste no consider3 las implicaciones de esta labor como una violaci3n de los derechos de las niñas. De tal suerte, pese a que ambos habían afrontado problemas legales por ello, la enfermedad les permiti3 legitimar un trabajo infantil que venían implementando con anterioridad ante la desaprobaci3n de uno de sus hijos mayores.

En este contexto las hijas se encontraban subordinadas a sus padres, eran dependientes de ellos y estaban sujetas a sus decisiones. Aunque, en su relato, doña Magali refiere que las pequeñas abandonaron la secundaria escolarizada por decisi3n propia existe un margen de duda en su discurso, ya que, tambi3n argumenta que en el pasado trabaj3 duro para sacarlas adelante y el apoyo que ahora le brindaban resultaba una justa retribuci3n. Por tanto, se sugiere la presencia de tensi3n detr3s de este arreglo

familiar sobre todo si se considera que la amputación de sus dedos no resultaba un evento dramáticamente incapacitante.

Doña Magali ocultó en su testimonio las situaciones incómodas que ocurrían en su entorno familiar cercano mientras mantuvo contacto con ella. Así, las narraciones del padecimiento o del sufrimiento están acotadas por los márgenes que la persona entrevistada quiere externar. Se excluyen en ocasiones las experiencias afectivas de desamor y desinterés que pueden ser más dolorosas y vergonzosas que el mismo padecimiento.

La enfermedad de la diabetes fue para doña Magali un proceso en el cual su cuerpo se fue desgastando, al principio no lo sentía mucho pero con el correr de los años su vida se deterioró. El drama personal que vivió doña Magali puso a prueba las lealtades familiares, además, su identidad sufrió transformaciones debido al detrimento de su autonomía y de sus relaciones interpersonales. El último período de su vida estuvo mediado por problemas en el ámbito familiar. Si bien identifiqué las tensiones producidas durante el lapso final de su vida, la imposibilidad de conocer completamente el carácter de tales conflictos me impidió dar plena cuenta de los dramas sociales que se suscitaron. Pese a ello, vale la pena mencionar que las fuentes de tensión repercuten en el estado de salud de las personas con enfermedades crónicas.

### **1.3 Doña Elvira**

Doña Elvira es una mujer de 75 años, es maya hablante, mestiza, robusta, tiene la tez blanca y, su piel arrugada deja ver a simple vista que el tiempo ha pasado y dejado sus huellas. Su cabello trenzado y escaso era una mezcla de color negro con blanco, un tanto grisáceo. Siempre la vi luciendo sus joyas antiguas de oro: unos aretes largos, varias soguillas (cadenas) en su cuello y anillos en los dedos. La recuerdo con una mirada melancólica que denotaba añoranza por su vida cotidiana pasada.

Esta mujer fue amable conmigo, le gustaba que yo fuera a visitarla pero, le desagradaba que le hiciera preguntas con respecto a su padecimiento por ello, fue breve y concreta en sus respuestas. Desde hace 18 años padece diabetes y debido a sus complicaciones ha perdido sus dos piernas. Además, su sentido de la vista poco a poco va disminuyendo y esto le causa malestar porque dejó de bordar y ese constituía uno de sus principales pasatiempos.

Doña Elvira está casada y tiene cuatro hijos, dos mujeres y dos varones. Todos están casados; los dos varones viven en Kinchil y las dos mujeres se establecieron e hicieron su vida en Mérida. Doña Elvira vive con su esposo, don Modesto, en una casa



pequeña con techo de paja que no cuenta con baño pero tiene un solar amplio. Sus hijas la van a visitar casi todos los fines de semana. Sus hijos viven en la misma calle de su casa y la asisten de vez en cuando, aunque, una de sus nueras es la que está al pendiente de ella.

Doña Elvira cuenta la historia de su enfermedad, de sus complicaciones y su vida actual pero, su versión está complementada con la opinión de su esposo y de su nuera, Rosalba. Estas personas son las que están más preocupadas y encargadas de su cuidado, puesto que su esposo vive con ella y la atiende y, su nuera le manda comida todos los días. El caso de doña Elvira es particular porque su nuera es quien detalla en mayor medida los acontecimientos alrededor de la enfermedad. Como mencioné, doña Elvira fue muy concreta en sus respuestas, es decir, no se explayó ni me contó detalles específicos. Las narrativas de estos tres actores sociales nos permiten conocer las experiencias con la enfermedad, como aquejada y como familiares involucrados en su cuidado, atención y apoyo.

### **Historia de la enfermedad**

**Doña Elvira:** Antes no padecía diabetes, cuando me di cuenta fue porque me caía. Me empecé a caer cuando iba a comprar, cuando tendía mi lavado, cuando me daba cuenta ya me había caído. Hasta en mi casa me pasaba, cuando me daba cuenta ya estaba en el suelo. No tenía fuerza, después de que me caía, me levantaba y me sentaba; ya cuando me sentía mejor, me acostaba en mi hamaca.

**Don Modesto, esposo:** Cuando le empezó la enfermedad me acuerdo que se caía, en la puerta de la casa se cayó dos veces, de eso nomás me acuerdo. La jugada es que cuando le comenzó a ella, se caía. “¿Será que estás tomando algo?”, le decía, “no, involuntariamente me pasó, ¿quién sabe qué me pasó en ese momento?”. Se le cayó la fuerza, es cuando le comenzó la diabetes. Eso ya tiene tiempo, como 42 años. Porque ya son 50 años que estamos juntos, no la he dejado y ella tampoco me dejó.

Antes todos los días ella iba a moler a las 10 de la mañana. Pero cuando se empezó a caer le dije que se calmara e hiciera que maquilen sus tortillas. Tenía yo muchas dudas, no sabía lo que le estaba pasando, decía: “¿por qué se cae?”.

**Doña Elvira:** Por eso dejé de ir a Mérida, porque antes iba a Mérida a visitar a mis hijas. Pero cuando sentí que ya no podía, mejor dejé de viajar. Porque... qué tal que estoy yendo y me caigo en el camino, me pasa algo y ya estuvo así. Les dije entonces a mis hijas que si me querían ver, que vinieran a visitarme porque yo ya no podía ir. Aunque, a veces, voy a Mérida porque me vienen a buscar, me llevan en el coche de mi yerno.

Le expliqué al doctor de aquí qué fue lo que me pasaba y me dio medicina. Me dijo: “eres diabética”. Pues yo creo que sí porque antes no me pasaba nada de eso. Me dijo: “usted, está diabética. Porque por cualquier cosita que le pase, se puede alterar”. Yo pensé que tenía razón. Antes hacía mi comida, torteaba. Antes no pensaba en la enfermedad, pero en que me dijeron que era diabética todo cambió y me preguntaron: “¿tienes pleito?”, no tengo pleito, no tengo pleito ni con mi esposo ni con mis hijos.

Pero ¿cómo me pasó así? Fue porque lo pensé. Tenía un ganado en un tronco, un toro. Lo llevaba a pastar para que comiera. Lo amarraba en el tronco y en la tarde lo iba a buscar. Me acercaba al toro y le daba su comida. Lo desataba y lo llevaba a comer en el solar. En la tarde, lo iba a buscar. Oía que le hablaba y venía. Entonces, un día lo vendieron. Es cuando me di cuenta que no tenía fuerza. Es eso, pasó hace como 18 años. Ni modo, ya lo habían vendido. Si no era mío, era de mi hijo. Me dijo: “¿lo crías mami?”, “sí, lo crío”. Me dolió que lo vendieran, creo que por eso me empezó a dar la diabetes.

### **Historia de la primera complicación, pierna derecha perdida**

**Doña Elvira:** Primero me quitaron la pierna derecha. Ya pasaron cuatro años de que me la quitaron, fue un primero de diciembre, va a cumplir cinco años en este que viene. Después de cuatro años me quitaron la izquierda, fue hace poco, en mayo. Ni modo. Se llagó mi pie. Mi pie derecho tenía nada más dos rajadas, y ya después me comenzó a doler. El dolor llegaba hasta mi rodilla y bajaba. La enfermera me empezó a explicar que me dolía porque algo tenía la planta de mi pie. Le decía que no creía que fuera por eso, porque me levantaba, apoyaba mi pie y me sentaba en mi carretilla (silla de ruedas). Pero ya se había vuelto agua. “No está suave”, le dije a la enfermera, “pero ya estuvo”, me dijo. Entonces me ingresaron.

**Don Modesto, esposo:** Cuando le empezó lo de su pie derecho fue por un refrigerador. Se desbarató el carapacho del refrigerador y eso fue lo que arañó su pie y esa llaga nunca sanó. Pues por esa llaga que tuvo la llevamos con un doctor particular, ese doctor nos dijo que ella no tenía la diabetes en su sangre, dijo que estaba en su cerebro. Las consultas con ese doctor me costaron unos centavitos, ya había juntado para construir mi casita y todo allá se fue. El dinero trabajando vuelve otra vez pero si no trabajas pues ya no viene.

**Rosalba, nuera:** Tenía un refrigerador en la puerta de su casa, un día se acercó y se lastimó con la puerta, es que tenía óxido, y le entró un pedacito en el calcañal. Así le empezó y de eso veía que estaba vendada. En ese tiempo yo vivía enfrente de su casa, donde ella vive ahora. Así fue pasando el tiempo y a mí no me decía nada, le preguntaba: “¿qué tiene su pie?”, “me lastimé”. Sus sobrinas se lo empezaron a escarbar y doña Elvira dijo que salió el pedacito de cobre que le entró. Así empezó y tardó y con trabajo caminaba, eso fue en el 2008.

Pero cuando se lo vi, ya estaba feo su calcañal y fue subiendo, rápido le agarró, la llaga le estaba minando todo. Todavía podía caminar, se apoyaba con los dedos de su pie. La llevamos al seguro de aquí del pueblo y le empezaron a picar todo su pie porque según dijeron estaban muertos sus tejidos. Pero después vimos que acá no podían tratarla, la curaban pero no funcionó, ya había avanzado demasiado. Yo andaba con mi suegra porque sus hijas están en Mérida.

**Doña Elvira:** Primero me llevaron con un doctor particular en Hunucmá. Creo que fui como ocho veces allá. Era para que no me quiten mi pierna, sólo tenía una rajada chica. Pero ya luego el doctor me dijo que ya no se podía hacer nada. Dijo que si tenía seguro era mejor que me ingresaran ahí.

**Rosalba, nuera:** Sus hijas la llevaron a un hospital particular, de alta especialidad. La llevaron con un doctor especialista del pie y desde que el doctor vio el pie de mi suegra dijo que no había nada que hacer. Ya la herida estaba grande e hinchada. El doctor agarró un aparato punzo cortante y se lo metió en el pie, ella brincó y gritó: “¡no, me está lastimando!”. El doctor dijo que ya no había nada que hacer, que eso era operación: “es operación inmediata y tienen que hacérsela”. Yo les dije a sus hijas: “no sé qué van a hacer”. Antes en el seguro me habían dicho que la debían operar. Pero en lugar de operarla enseguida, ese doctor particular le empezó a dar tratamiento, le recetaba

medicamentos muy caros y también le pusieron muchas inyecciones, primero se llevó como 20 o 40 inyecciones.

**Doña Elvira:** Me llevaron al seguro allá en Mérida, a las 12 de la noche estaban andando conmigo, en el coche de mi yerno. Enseguida me atendieron y me dijeron que me quedara, pero yo dije: “¡pero si no tengo nada!”. Me dijeron: “si no queda bien, hay que quitarlo”, y yo dije “pues si tienen que hacerlo, ni modo”. Pero no quería yo, no quería que me cortaran mi pierna. Porque estaba pensando: “¿cómo voy a caminar, cómo esto, cómo lo otro?”. Pero me resolví cuando más fuerte me daba el dolor. No quedaba bien, no quedaba bien. Ya se había formado un hueco grande así, en que me lo lavaban quedó grande y como estaba quedando hondo me decían: “el bien es para ti, acepta que te lo quitemos”. Pero yo no quería que me la quiten, aunque, veía que no quedaba bien y ni modo, tuve que aceptar.

**Don Modesto, esposo:** El doctor particular con el que la llevé me dijo que ningún órgano estaba afectado por su herida, me dijo: “apúrate para que se lo corten, no muere, tiene el corazón limpio”. Pero ella no quería que le cortaran su pierna. Nos juntamos todos, los dos muchachos y las dos muchachas y ella y le estábamos diciendo: “¿te quieres morir?, tú lo sabes. Si quieres comer dos tortillas más, resuélvete”, “no sabemos qué día te puede llevar Dios pero ya vimos que sí puedes vivir un tiempo más”.

**Rosalba, nuera:** Mi suegra no quería que la ingresen, yo hablé con ella y le dije: “deje que la ingresen” y me dijo: “no, si me voy a quedar así, me quedo así”, “vamos a ingresarla”, “no, es que me van a quitar mi pie y yo no quiero”, “no importa si a usted le van a quitar el pie, yo nunca la voy a dejar”, así la consolaba. “Nunca la voy a dejar, yo siempre voy a andar con usted, nunca la voy a abandonar”, le decía. Ella pensaba que una vez que le quitaran su pie, yo me iba a olvidar de ella, ella se imaginó muchas cosas. Mucho tiempo estuve luchando con ella para que aceptara que la operen. Tardó luchando con ese pie antes de que se lo quiten. Le dije a mi suegra: “¿por qué nunca me dijo que no sentía cuando le estaba haciendo las curaciones, por qué esperó que avanzara tanto su herida para que podamos hacer algo por salvarle su pie?”. Ella se quedaba triste, decía que sí lo sentía pero no lo sentía, era su sensación.

Mis cuñadas me dejaron el cargo de cuidar a su mamá. Una vez que no había nada que hacer en el hospital particular de Mérida mis cuñadas me dijeron: “aquí están los papeles de mi mamá, mañana temprano la ingresas en el seguro” y así lo hice. Yo tenía que ver a mi suegra porque mi concuña, esposa de mi cuñado, trabaja. Toda la vida ha trabajado y ella de plano dijo que no se iba a meter ni ayudar en nada. Yo le dije a mi suegra: “la vamos a ingresar”. Hablaron con ella sus hijos, se lo dijeron y al día siguiente yo me fui con ella. Cuando llegué al seguro de aquí me dijeron: “¿usted va a firmar de que la ingresaron?”, “sí”, “¿usted va a entrar con ella?”, “sí”. “¿Quién es usted para ingresarla, de qué le toca?”, “es mi suegra”, “es su suegra”. “Y... ¿no tiene a nadie?”, “tiene hijas pero están en Mérida”. “¿Y tú te vas a hacer responsable de ella?”, “sí”. Entonces mi suegra aceptó que la ingresaran. “La vamos a ingresar mamita para que queden bien sus pies”, le dijo el doctor. “Sí, sí, ya me lo explicó ella”, le dijo. Así la ingresé y la mandaron a Umán.

De Umán nos trasladaron al Juárez, en Mérida, allí le cortaron su pie. Una vez estando allá le empezaron a tomar placas en sus pies para operarla. Pero ella no quería que la operaran y decía: “ya les dije que no, que no y que no”. Entonces, se juntaron en el hospital mis cuñadas, mi cuñado y mi suegro y me dijeron: “tú vas a entrar a hablar con ella y tú la vas a convencer para que acepte”.

Entonces entré con ella y se lo dije: “¿sabe qué?... la van a operar” y empezó a llorar. “¡Me van a operar, me van a quitar mi pie!”, “sí, le van a quitar su pie pero le va a quedar uno, además usted puede andar en una silla de ruedas y la vamos a estar cuidando”, ella seguía llorando y le dije: “no llore, porque yo nunca la voy a dejar” y así le estuve diciendo, convenciéndola. “Siempre voy a estar con usted, donde yo vaya

siempre la voy a llevar, si quiere ir a algún lado yo la voy a llevar, si quiere ir a su cita...”. Así le dije y aceptó, al final me dijo: “¿te vas a quedar conmigo cuando me operen?”, “sí”.

El mismo día que la metieron al quirófano se despidió de mí. Directo me fui con ella, me estaba siguiendo con la mirada, a ella la llevaban en el elevador y yo subía las escaleras. Cuando llegué a la puerta donde la iban a meter me dijo: “a ver si vuelvo”, “sí va a regresar, aquí la voy a esperar”. Ella tenía miedo, mucho miedo.

Cuando ella salió del quirófano estaba yo en la puerta, ya había reaccionado, me dijeron que todo estaba bien. Cuando ella salió, abrió sus ojos y le dije: “aquí estoy” y empezó a llorar y me agarró mi mano. Me dijeron que la iban a llevar a su habitación. Me fui atrás de ella. El 24 de diciembre la pasé en el hospital con ella. El 31 de diciembre también estuve con ella. Tardó ingresada mi suegra hasta que la operaron.

El 24 estaba yo con ella, no la dejaba. Creo que por eso agarró fuerza. Yo siempre le decía: “¿y a su nieta, la va a dejar”? Ella quiere mucho a mi hija. Antes, cuando mi hija estaba chica, la llevaba al kínder. Por eso se encariñó con ella. También le decía: “la niña está grande, la va ir a ver, no la vamos a dejar”. Creo que eso hizo que lo superara. Pues gracias a Dios no tardó mucho en el hospital después de que la operaron.

**Don Modesto, esposo:** Nunca la dejamos sola en el hospital. Si yo no me quedaba, se quedaba mi nuera, si no mis hijas, no se quedó sola. Fue por las dudas, por si se moría y había que sacarla, esa era la intención que teníamos. Si no, a veces, los muchachos pasaban de día, porque los dos trabajan en Mérida. Me decían: “anda a descansar viejo, regresas en la tarde, te quedas con mi mamá y luego viene mi hermanita”. Así estábamos, nunca se quedó sola.

**Doña Elvira:** Porque si se muere uno y no hay ningún familiar, agarran y te llevan. Está difícil que te saquen, tenemos que hacer pasos, pasos, para que te saquen.

**Rosalba, nuera:** Diario me iba a ver a mi suegra al hospital, estaban más chicos mis hijos, se los dejaba encomendados a mi mamá. A veces, mi papá se molestaba así porque me iba temprano y regresaba en la noche. Yo le doy gracias a Dios porque mi mamá me apoyó en ese tiempo y hasta ahora.

**Don Modesto, esposo:** Después de la operación se quedó en Mérida con sus hijas porque tenía cita. Después de que pasó su cita entonces vino.

**Doña Elvira:** Sí porque me dejaron con mi hija, porque da trabajo que me traigan acá y me vuelvan a llevar a Mérida. Me dijeron que entonces me quedara allí.

**Rosalba, nuera:** Cuando le dieron de alta no la trajimos acá al pueblo, se quedó con una de sus hijas en Mérida, creo que hizo como ocho días o una semana allá. En su cita del Juárez le dijeron que estaba bien, que ya estaba seca su herida y por eso regresó aquí. Desde ese tiempo empecé a atender a mi suegra. Vamos a visitarla, yo la llevo al seguro, a sus citas.

**Doña Elvira:** Además, tuve que cambiarme de casa. Porque me preguntó el doctor: “¿tienen animales en tu casa?”, “sí, sí tengo”, le dije. “Pues mejor buscas otra casa, mejor prestas o alquilas una casa donde no haya nada de animales”. Además, mi hija no quería que regresara a Kinchil, me dijo: “mejor quédate acá en Mérida, acá te atiende”, porque ella vive en Mérida. Pero no me podía dormir en su casa, no me acomodaba en la cama, porque cama me daban para dormir.

Por lo que dijo el doctor mi esposo me trajo aquí. Porque en mi otra casa tenía a mis ganados, gallinas, pavos. Un montón de gallinas tenía, además, criaba como a ocho pavos. A veces, escuchaba que estaban cantando. Me decía mi esposo: “vamos a comer uno”, le decía que no porque pobres animalitos. Pero cuando venían mis hijas me decían: “mamá ¡vamos a comer uno!”, “si lo pueden hacer, que lo hagan”. Entonces, me dijo mi esposo cuando me trajeron a esta casa: “no te voy a llevar otra vez allá, acá te vas a quedar”, y aquí me quedé. Ya pasaron cuatro años desde que estoy aquí. Desde la

primera pierna que me quitaron, ahorita va para cinco años en este diciembre. Van a ser cinco años de que estoy acá.

### **Historia de la segunda complicación, pierna izquierda perdida**

**Doña Elvira:** Ahora con la pierna izquierda sí quedó más grande la herida así. De último me pasaron a Mérida porque el doctor particular de Hunucmá otra vez me retiró, me dijo que si tenía seguro era mejor que me llevaran allá. Porque vio el doctor que la medicina que me estaba dando costaba \$600, \$700, eran dos clases de medicina que me recetaba: “mejor si tienes seguro, que te lleven ahí”.

**Rosalba, nuera:** Eso le empezó porque había pleitos, por problemas le empezó, se le subió mucho su azúcar. Todo el tiempo tenía problemas con su otro hijo, con mi cuñado, con su esposa y con su nieto que ahora vive enfrente de su casa. Parece que sólo así se le llagó, o sea, cuando nos dimos cuenta le había salido un punto negro en el calcañal de su otro pie. Yo le preguntaba: “¿qué le pasó allá?”, “nada, no tiene nada” y si era cierto, lo agarraba y no tenía nada. Pero el punto negro estaba allá y cuando me di cuenta ya estaba creciendo...se le empezó a empeorar su pie. Pero como ya había visto que le había pasado con el primero, los síntomas y todo eso pues me preocupé. Pensé que le podía pasar lo mismo que antes, que no tenía caso que le quitaran sólo una parte de su pie si luego va minando, va subiendo.

Volvimos a acudir con otro doctor particular, sus hijas la llevaron esta vez a Hunucmá y le empezaron a dar sus ámpulas. Sí se detuvo un poco pero como su azúcar no bajaba, no bajaba pues no mejoró. Llegó a tener de 500 a 800 de azúcar. Hasta se desmayaba. Mi suegro venía corriendo a buscarme y me decía: “no sé qué tiene tu suegra, no sé qué tiene”. Se desmayaba y por eso teníamos que ingresarla, varias veces la ingresamos en Umán por eso. Ahí me dijeron que se le presentó lo de su presión, porque ella no padecía de la presión. Pero de tantos problemas que escuchaba, problemas con sus hijos y con esa su otra nuera.

Esta última vez cuando la llevaron a su cita... yo no fui con ella, no fui con ella porque también a mí me hicieron una operación y tenía que guardar reposo. Mi suegro la llevó a su cita, vino a mi casa a buscar sus papeles y yo le expliqué...porque como yo soy la que siempre va y le explica al doctor cómo toma ella su medicina. Ella tenía 300 de azúcar y la empecé a llevar cada semana al seguro, cada ocho días y se normalizó. Yo le digo que no piense nada: “no debe pensar ningún problema ni nada para que quede bien, porque si no se va a empeorar, no vaya a ser que después la volvamos a ingresar, porque usted sabe que no le gusta que la ingresen”.

Esta vez que la ingresamos en el Juárez, cuando le quitaron su otra pierna, se perdió, se perdió mucho. No era ella, gritaba muchas cosas, escupía a los doctores y los pateaba. Pensábamos que no iba a volver, decía cosas que no eran. Ella no dormía, antes de que le quitaran el pie todo el tiempo estuvo sentada. Tardó ingresada.

Yo no sabía que la habían llevado al hospital, la ingresaron un sábado. El doctor de Hunucmá les dijo que ya no había nada que hacer y la mandaron al hospital. El viernes en la noche vinieron a buscar sus papeles a mi casa pero yo no estaba. Ya en la mañana del sábado me habló mi cuñado y me dijo: “lleva los papeles de tu suegra porque ya la ingresaron”. El sábado temprano me fui al Juárez, porque yo sabía qué papel le estaban pidiendo a mi cuñado, era la hoja de vigencia. Porque mientras no tuviera la hoja de vigencia no la podían pasar a piso y por eso estaba en urgencias. Estuvo en urgencias como una semana. Cuando ella entró allá se enfermó más y empezó a decir cosas, que no le daban agua, que no le daban esto, que no le daban lo otro. Apenas se acercaba a ella algún enfermero o enfermera lo pateaba o lo escupía y la tuvieron que amarrar. Cuando entró su hija a verla, mi suegra estaba bien amarrada.

A mí me dio tristeza, mucha pena porque nunca me imaginé verla así. Le pregunté: “¿qué hizo, por qué está así?”. En urgencias todas las camillas están pegaditas, pegaditas unas con otras. Estaba buscando cómo llegar hasta donde estaba mi suegra. Quería entrar a darle agua porque tenía sed. Le pedía favor a la señora de un lado, le pedía favor a la señora del otro y no me hacían caso, no se arrimaban. Entonces tuve que ir metiéndome, ir metiéndome en ese callejoncito hasta que entré y empecé a darle agua. Tomó con muchas ganas el agua, nadie se le acercaba, nadie le daba nada de beber ni de comer. Me decía: “¿por qué estoy así, quién me hizo esto, qué hice yo para que me hagan esto?”, “¿por qué me tienen amarrada?, díles que me suelten, díles que me suelten”, me decía. Había una señora allá que era buena gente que me contó que así se la pasaba toda la noche y que no dormía. Yo ya había metido la hoja de vigencia pero no había cama para pasarla a piso.

En urgencias a las 10 de la mañana daban información y la visita era a las tres de la tarde. Cuando entraba a verla le jugaba su pelo, le empezaba a hablar, la peinaba, y así se tranquilizaba. ¿Está durmiendo?, le decía, “no”, me decía, “¿me está oyendo?”, “sí”, “¿quiere agua?”, “sí” y le daba agua. ¿Quién le iba a dar agua? las enfermeras no le hacían caso. Yo le decía: “enfermera, ¿por qué a ella no le dieron nada de comer?” y me contestó: “no lo quiso comer o no lo pudo comer, ahorita lo voy a ver”. Ni lo iba a ver, cómo lo va a comer mi pobre suegra si estaba amarrada su mano, estaba atada. Poco a poco le daba el agua y hasta ni me quería quitar, me guardaba de los vigilantes para que no me vieran porque nos sacan, me guardaba. La criaba, le hablaba, le jugaba su pelo. Como diario iba a verla, un día fui y ya la habían pasado a piso. Lo mismo hacía, decía cosas que no debía de decir pero esta vez no la amarraron. Una vez que yo llegaba a verla no me daban ganas de quitarme. Entraba y ahí me quedaba. Igual me pasó la primera vez que la operaron. A las cuatro de la tarde me quitaba, ella me decía: “anda, ya es tarde, ¿a qué hora vas a llegar a ver a los niños?”, “ahorita me voy”. Me hablaba mi esposo y me decía: “¿no te has quitado?”, “no”, “¿estás viendo tu hora?, van a dar las cinco, ¿a qué hora piensas llegar?”, “ahorita me voy, ahorita me quito”. No me quería quitar, no sé por qué, no me quería quitar.

Me dijo la vecina de enfrente: “¿es su mamá?”, “no”. “De qué le toca”, “es mi suegra”, “¿es tu suegra?”, “sí, es mi suegra”, “¿y sus hijas?, si sus hijas nomás vienen, acechan y se vuelven a ir”, “no lo sé, yo nada más cumplo con venir en la mañanas porque en la noche no puedo venir, tengo hijos y van a clase”. Me dijo: “yo veo que tú estás pendiente de ella, veo que conversas con ella”.

Mí cuñada la de Mérida, como vive allá, iba a verla en las noches. Pero como me llevé muy bien con la trabajadora social y le expliqué mi caso, ella me decía que había días que iban y había días que no iban mis cuñadas, sus hijas.

**Doña Elvira:** Por las noches, cuando estaba internada en el hospital, se quedaba mi esposo o mi hija para acompañarme, no me dejaban sola. Mi nuera iba de día, ella no pasó mala noche porque tenía que atender a sus hijos. Siempre me decía: “no me puedo quedar en la noche, voy a pasar con tu hija para que yo se lo diga y se quede contigo”. A veces, una de mis hijas se quedaba hasta las 12 de la noche o me decía mi esposo: “me voy a quedar contigo, no me voy a ir”.

**Rosalba, nuera:** Una vez antes de entrar con mi suegra me habló la trabajadora social y me dijo: “van a operar a tu suegra pero todavía falta, tienes que pasar a hablar con el especialista”.

Me dolió cuando mi suegra me estaba diciendo: “llévame, llévame, vamos, no quiero estar acá” y trompeaba sus pies. Ya por la misma desesperación que me estaba dando, tenía que ir a hablar con la trabajadora social. Le dije: “toda la noche no durmió mi suegra, toda la noche está sentada en su cama y pide que la saquen”, mi suegra decía: “que me saquen en la esquina para que yo agarre un camión y me vaya a mi pueblo”.

Tenía que esperar a que llegaran los doctores de la tarde para que me explicaran qué pasaba con la operación de mi suegra. Hay doctores que son buena gente y hay doctores que de plano son malos. Hay uno de cirugía...le di su nombre a la trabajadora social y le dije lo que me hizo. A ese doctor le pregunté: “¿cuándo piensan operar a mi suegra?”, “¡todavía yo no sé, hay que hacerle algunos estudios!”. Entonces, agarré y se lo conté a la trabajadora social y me dijo: “súbase allá arriba y hable con el doctor”. Apenas me vio el doctor me dijo: “¿usted qué hace acá?”, “a mí me dijeron que usted me estaba buscando”, “¿quién se lo dijo?”, “mi suegro me dijo que urge que yo suba a hablar con usted para preguntarle cuándo van a operar a mí suegra o cuándo van a subir a verla para que vean cómo está su pie y cuándo se lo van a operar, y cuándo va a ir a revisarla el doctor especialista del pie diabético para que se lo analice y vea qué es lo que le van a hacer. Mi suegra no está durmiendo, anoche no durmió, ya son varios días que no duerme. Tiene dolor y está llorando por el dolor”. Me dijo: “pues vaya allá abajo y cuando pase el doctor le dice”. Pues bajé y fui con la trabajadora social.

Cuando volvió a pasar ese doctor, creo porque lo acusé, no me dijo ni una palabra, hizo como si no existiera. Le decía yo algo y no me contestaba, le hacía preguntas y no me contestaba, no me contestaba nada. Pensé así: “como él no está sufriendo”. Esa misma semana me la pasé preguntando cuándo le iba a tocar su operación a mi suegra y me decían: “puede ser hoy en la noche”. Ese día entró una doctora que pone la anestesia, me empezó a preguntar si era alérgica a algún medicamento y le dije que no. Tenía que esperar a que pasaran los doctores para que yo me pudiera quitar. Pero el día que no me quedé con ella mucho tiempo pasaron los doctores. Un día anterior ya me había cansado, ya no podía caminar, mis pies estaban como sapos, pasé con mi suegra y le dije: “sabe qué, yo mañana no vengo”.

Cuando yo me quitaba del hospital mi suegro no quería ir a verla en la tarde. Tenía que llamar por celular para que le dijeran que por favor vaya a relevarme. Me fastidiaba de esperarlo y no llegaba, entraba la noche y tenía que ir a agarrar mi camión para llegar al centro. Veía que no venía mi suegro y le decía a mi suegra: “sabe qué, ya me voy. A lo mejor viene su hija al rato, en la noche viene, o mi suegro se va venir a quedar”, “pues dile a él que venga, que venga a quedarse, que se quede conmigo”. Pero mi suegro no lo hacía, había días que sí iba y días que no. Mis cuñadas decían que iban pero solo un rato, las señoras que estaban en el hospital me lo decían: “si no tardan, un rato hacen con ella y se van”. Mis cuñadas como viven allá en Mérida bien que se podían trasladar pero no se quedaban a dormir con ella y cuando pasaba el doctor de la mañana ¿a quién le dan la información? y cuando yo llegaba ya habían pasado a dar la información.

**Doña Elvira:** Un día estaba acostada en la cama, se acercaron y me dijeron: “¿qué pasó doña Elvira, vas a aceptar que te corten la pierna?”, “si me lo van a quitar, ¿que me lo quiten de una vez!”. Porque en tres noches no había podido dormir por el dolor tan fuerte que sentía. ¡Si me lo van a quitar, que me lo quiten de una vez! para que no sufra más.

**Rosalba, nuera:** Dio la casualidad que el día en que operaron a mi suegra yo no estaba. Ese día me llamaron para avisarme que la iba a operar. La hija de una de mis primas fue a visitar ese día a mi suegra y a ella le empezaron a preguntar y pues claro, no sabía nada. La regañaron y le dijeron: “¿será posible que sea tu tía y no sepas nada de ella?”. Me vino a avisar su mamá de la muchacha como a las tres de la tarde, ese día yo estaba lavando y estaba nublado el cielo. Hasta me empezó a regañar mi cuñada en que no fui, si ella me dijo que ese día iba a ir temprano.

**Doña Elvira:** Pero cuando me quitaron mi pierna no estaban ni mi esposo ni mi hija en el hospital. Cuando fue mi hija a verme ya me habían llevado a donde le operan a uno. Mi hija empezó a averiguar y le dijeron que ya me habían llevado a la sala de operaciones. Cuando llegó mi hija me estaban costurando. Cuando me estaban costurando regresé de la anestesia, dos puntadas me faltaban y entonces insulté al

doctor, lo insulté, le dije: “¡hijueputa, ya hiciste que me corten mi pierna!, ¡cabrón!, ¡hijueputa!” y me dijo: “no es bueno que hables, no vez que todavía estás regresando de la anestesia”. En un ratito fue todo, no me di cuenta de lo que me hicieron, ni modo. Luego me sacaron y me llevaron a mi cama. A mi hija le dijeron que me desperté en la operación, porque los que me cortaron la pierna no se apuraron. Que el doctor les dijo que se apuraran porque estaba viendo que se estaba moviendo mi mano pero no le hicieron caso. Ya después me dijo mi esposo: “aunque sea que no puedes caminar pero gracias a Dios ya te lo quitaron, no empieces a pensar nada”, “ni modos”, le digo.

**Rosalba, nuera:** Cuando llegué al hospital después de que la operaron, las vecinas me contaron lo que habían dicho de mí. Que mi cuñada habló mal de mí y empezó a preguntar dónde estaba...yo también tengo cosas que hacer, por un día que no fui a ver a su mamá me están gritando. Esa vez me molesté y se lo conté a mi esposo y me dijo: “déjalo, deja que hablen”. Mandé a decirle a mi suegro que vaya a ver a mi suegra recién operada, pero no fue. Ese día se escapó el ganado de mi cuñado y mi suegro se fue a buscarlo. Le dije que fuera a ver a su esposa y me tiró a loca. Luego pensé: “¿para qué me voy a calentar la cabeza?”. Entonces le hablé a mi esposo y le dije lo que estaba pasando, él me dijo que yo no fuera a ver a mi suegra en ese momento: “no te vayas, quédate, porque la responsabilidad también es de mi papá, no sólo tú tienes que ir; tú vas de mi parte, yo estoy trabajando, te entiendo”.

Al día siguiente me fui temprano al hospital a ver a mi suegra y mis cuñadas me pidieron que regresara en la tarde para quedarme a dormir. Yo les dije que no, que lo sentía mucho; yo nunca había gritado y les dije: “yo no me voy a quedar, no es sólo mi responsabilidad”. Cuando ellos se están peleando bien que van a molestar a mi suegra y ahora que ella necesita de ellos no van.

Ese día llegué y entré a hablar con mi suegra, estaba agarrando valor, energía, tenía temor de verla...estaba pensando cómo la iba a ver. Le pedí a Dios que me diera fuerzas, cuando llegué junto a ella le hablé y le pregunté que si estaba durmiendo, me dijo que no. De repente se puso a llorar, “¿qué está llorando?”, “¡me quitaron mis pies, ahora ya no sirvo para nada!”, “¿cómo que no sirve para nada!? Usted siempre va a hacer lo mismo, vamos a salir adelante, yo ya le dije que no la voy a dejar. “Vamos a hacer lo mismo que hicimos cuando la primera vez, así va a ser, no ha cambiado nada”. Le empecé a limpiar sus lágrimas, fue cuando vi que dejó de llorar. “No tengo ahora mis pies. Nadie estaba conmigo cuando me vinieron a llevar a que me operaran”, “no lo sabía”, le dije, “porque si no, yo hubiese venido”. Pues no la dejé, seguí yendo a verla hasta que le dieron de alta.

Cuando la vi me dieron ganas de llorar. Ya después cuando salí empecé a llorar, me desahagué. Ya después volví a entrar con ella, conversamos, la criaba, la sentaba, “me duele”, decía. Cuando le dieron de alta se quedó una semana en Mérida con sus hijas, después la trajeron aquí y hasta la fecha estamos con ella.

Fue difícil porque antes podía pisar con una pierna y luego, pasarse a la silla para que se bañara. Mi suegro y yo poníamos la silla, se colgaba ella de nuestros brazos y se sentaba en su silla y la bañaba. Los primeros días yo la bañaba, cuando se enfermaba yo la atendía, estaba con ella.

Antes iba en la tarde a su casa para bañarla, me decía: “no me cargues, peso”. Mi suegro no podía solo y teníamos que sentarla y entonces la bañaba; mientras, conversaba con ella. Después de que la bañaba, la acostábamos y la secaba bien, la peinaba, le untaba crema. Tardó en que estaba ella así. Ya después me dijo: “sé que te da mucho trabajo venir a bañarme”. Como yo estoy muy metida en la iglesia y voy a las juntas, ella me esperaba para que la bañara hasta que, un día que fui mi suegro me dijo: “ya la bañé”, “y ¿cómo lo hizo?” pues buscaron cómo. Además, yo pensaba cómo iba a hacer sus necesidades, cómo iba a orinar, pues le buscamos palanganas. En el hospital le decía cómo se iba a mover, cómo lo iba a hacer, pues así aprendió. Un día viajé a Hunucmá y



vi de esos cómodos como había en el hospital y se lo compré. Ahora ya aprendió a metérselo, hoy ella sola lo hace.

**Doña Elvira:** Cuando salí del hospital me dieron una clase de medicina que me quitó las ganas de comer, dejé de comer, tres días no comí. Tragaba la medicina y me daban ganas de vomitar, me acercaban la comida y sentía que la comida que estaba viendo no estaba buena, me daba asco. Así me pasó. Me decía mi esposo: “aunque sea poco, aunque sea poco come porque si no te vas a dejar morir”, “¿y qué más?”, decía yo. Pero empecé a comer, aunque sea poquito, aunque sea poquito comía. Así, agarré otra vez las ganas de comer. Entonces, cuando terminé de tragar esas pastillas empecé a pedir mi comida. Cuando las gasté (terminé) fui al seguro y le dije al doctor lo que me hacía la medicina y me dijo: “te las vamos a dejar de dar”. Porque le expliqué lo que me hacían. “Están fuertes para ti”, me dijo.

**Rosalba, nuera:** Esta vez que salió del hospital se deprimió mucho. Estaba todo el tiempo en la hamaca. Se estaba dejando morir. No comía, lo vomitaba, nada recibía, le daba asco. Mi concuña le mandaba comida y yo también pero, ella cocina como cocinan en el hospital, sólo sancochado. Pero mi suegra está bien del estómago, ella puede comer las verduras del puchero y un poco de fideo. Yo se los dije a ellos y se molestaron, les dije: “a mí el doctor me tiene dicho que estando bien su pie puede comer normal, pero no con exceso”. Mi suegra no comía la comida que le llevaba mi concuña que vive acá al lado. Iba a visitarla y la comida estaba asentada.

Un día le dije: “le voy a hacer guisado de calabacitas”. Le piqué la calabaza, lo sancoché y después le eché fideos, no le pongo grasa, como es verdura la calabaza, le puse fideos. Le hice una ollita y se lo llevé porque mi suegro también come. Le pedí a mi hija que vigilara que comiera su abuela y le dijo: “abuelita, ahí está tu comida, cómetelo todo” y se sentó a comer, con cuchara y sin tortillas, lo comió todo. Le dije a mi hija que así lo iba a empezar a hacer.

Si hago frijol le echo una calabaza y un chayote y agarra el sabor del frijol. Mi suegra lo machaca y se lo come. Pero tiene que ir mi hija a ver que se lo coma. Cuando no comía le dije: “¿por qué usted se está dejando?, ¿no se da cuenta usted de que está haciendo mal? Porque usted se está dejando mucho, no quiere comer, no quiere nada y qué es lo que va tener en su estómago. ¿Quiere volver al hospital? Al ir al hospital usted sabe qué es lo que le van a hacer, usted lo sabe. Yo no sé por qué usted está así, no piense por los demás, piense por usted...y yo ¿cómo voy a quedar?, ¿cómo voy a quedar yo si veo que usted se está dejando?, ¿a mí me quiere dejar? porque yo no le he dejado a usted” y cuando se lo dije se quedó triste. “Por eso le estoy diciendo, ahora le voy a mandar su comida y la tiene que comer y voy a mandar a la niña para que vea que coma”, le dije. Le empecé a comprar su fruta, le compraba su manzana, no con exceso porque también me explicaron su dieta de ella.

Es que yo tenía que ver cómo darle motivos para que vuelva a vivir otra vez, que tenga sentido su vida. Es como le dije: “yo nunca la voy a dejar, se lo he dicho, no va a cambiar nada, pero yo veo usted se quiere dejar, ¿por qué? Si todavía nos falta, ¿usted no va a ver que crezca su nieta?” Cuando ella estaba en el hospital le hablé por celular a mi hija y se la pasé, eso fue cuando la tenían amarrada. Le dije oiga la voz de su niña, pórtese bien, no haga nada para que vayamos a ver a la niña. “Hija, ¿qué dices chulita?”, le dijo, “nada abuelita, ¿cómo estás?”, “estoy bien hija, cuando yo quede bien voy a ir al pueblo”, “está bien abuelita”. Así levanté a mi suegra otra vez. Le tuve que decir a mi hija que hable con su abuelita para que ella ponga de su parte, para que salga del hospital. Pues así lo hice.

**Don Modesto, esposo:** Esta vez en que la operaron y regresamos al pueblo, ni los muchachos ni las muchachas me dejaban ir a trabajar, me decían: “quédate a cuidar a mi mamá”. “Si vemos que no tienes que comer, te traemos tu comida”, me decía una de mis hijas. “Pues tú estás en Mérida y yo aquí, ¿cómo chingados me vas a traer mi

comida?”, “pero puedo ordenar que te la lleven”. “No, son pendejadas. Voy a hacer algo, para que yo tenga un poco de centavos”, les dije, “Ajá, está bien”, me dijeron. “No la vayas a dejar”, me decían. Así son ellos conmigo. Viene mi hija y le empieza a preguntar a su mamá a qué hora me voy a trabajar, a qué hora regreso, si la estoy dejando sola. Le dice ella que trabajo dos horas y regreso, que no la dejo sola.

## **Situación actual**

### **Un día normal en su vida**

**Doña Elvira:** Casi todo el día me la paso acá en mi casa. Me despierto como a las cinco de la mañana, después de las cinco no me vuelvo a dormir otra vez. Mi esposo me dice “¿ya despertaste?”, “hace rato que desperté pero como oigo que estás durmiendo por eso no te hablo”. Él sabe muy bien la hora en que debe ir a trabajar. Se levanta y me acerca mi desayuno. A veces desayuno francés, pan, pan con chocolate, galletas, lo que él me compre. Luego me pregunta: “¿ya terminaste?”, “ya”. Me dice: “te dejo dos panes para que comas” y se va a trabajar. Si siento hambre como lo que me dejó, por eso me lo deja porque cuando le toca ir a Tamchén llega tarde. A veces, tomo pozole pero no lo tomo diario. Hoy me acercó un poco de pozole y lo comí con el francés. Es cuestión de que no me deje sin nada para comer. Hasta mi agua tengo asentada aquí para cuando me de sed. Esta mesa por eso la tengo aquí y en esta caja guardo lo que me deja para comer. Cuando regresa por ahí de las 10 u 11 de la mañana, estoy en mi hamaca y me pregunta: “¿te pasaron a visitar?”, “nadie”. También me pregunta: “¿ya comiste?”, “sí”. “Entonces vas a esperar el almuerzo”, me dice y lo espero. En la mañana no prendo la tele sino hasta las 12 del día que comienza la novela. No todo el tiempo estoy en mi hamaca. Cuando traen el almuerzo me viene a buscar aquí en mi hamaca y me ayuda a sentarme en mi carretilla para que pueda comer en la mesa o si no, en esta mesa me sirven mi comida.

Antes estaba acostumbrada a tortear, cuando daban las 12 del día ya había terminado de tortear y me sentaba a almorzar. Pero hoy ni modo, tengo que esperar a que me traigan la comida porque no puedo hacerla. Aunque, a veces, me dice mi esposo: “voy a comprar masa”, “cómprala”. Compra la masa y hago unos pimitos,<sup>60</sup> “para que yo coma mi tortilla caliente”, me dice.

Diario me traen mi comida. Me la manda mi nuera, me la trae su hija de 12 años, mi nieta. Todos los días me trae mi comida. Ahora trae más tarde la comida porque su escuela está un poco lejos, antes estudiaba aquí cerca. Me dice: “abuelita voy a salir un poco tarde pero le llevo su comida cuando salga de la escuela”, “está bien”. Antes me la traía apenas saliera de clase como a las doce y media y ahora más tarde, como a la una y media. Pero como yo desayuno tarde pues aguanto hasta que me traigan la comida. A veces, me dan pan o panuchos y me siento a comer mientras me traen la comida, si no tomo un poco de pozole en la mañana y me da para que yo aguante hasta que me la traigan.

Pues yo no como nada pesado. Cuando como pollo, nomás lo sancochan y lo asan o como frijol con puerco que no tenga grasa así.

Cuando terminamos de comer, la chamaca me dice: “al rato vuelvo otra vez, abuela”. Como a las cuatro o las cinco de la tarde viene y se asoma. Me dice: “¿qué paso abuela?!”, “nada”. Dos o tres veces al día viene a visitarme. Desde que sale de clase viene a verme. Sus hermanos también vienen y me dicen: “¿necesita algo abuelita?”, “no”. “Porque si lo necesita, lo traemos”, “no”, les digo.

Para bañarme él me levanta de mi hamaca, me alza para ponerme en mi carretilla, me baño aquí en un lado de la casa. Asienta una cubeta en una silla para que yo pueda

---

<sup>60</sup> “Gorditas de masa con sal, cocidas en el comal” (Bonfil, 2006:133).

agarrar el agua. Primero siente el agua y me pregunta: “¿está muy caliente o está bien así?”, “está bien así”. Ya después de que me baño, me pregunta: “¿ya estuvo?”, “sí”. Entonces me pongo mi ropa. Después jala el agua de mi baño. “Al rato entonces vas a cenar”, “está bien”. Ahora me baño solita, de antes no. No podía porque mi brazo no se movía. Entonces, mi nuera venía y me bañaba. Creo me estuvo ayudando como dos o tres meses, creo que tres meses me estuvo bañando. Le digo: “estoy mal, no puedo”. Es que no tengo fuerza en mi brazo, está hinchado.

El pelo se me está cayendo. Cuando lo peino se me cae. Antes estaba tupido, pero me dicen que creen que por la medicina se me está cayendo porque no me conviene. Hace un tiempo así me pasó, se cayó mi pelo y cuando me di cuenta ya estaba creciendo otra vez. No sé si es por tanta medicina.

Como a las seis de la tarde me siento en mi carretilla para esperar mi cena. Después de la cena espero un rato. Me acuesto cuando termina la última novela, siempre la veo y termina a las 10:30 de la noche, mi esposo me trae a mi hamaca y después de un ratito me duermo, así hasta mañana otra vez. Cuando dan las cinco de la mañana ya me desperté otra vez.

Le digo a mi esposo que me canso acostada y me canso sentada, pero ¿qué más voy a hacer? Me fastidió en mi hamaca cuando estoy acostada y por eso me paso a la carretilla. Me siento, me acuesto, así paso el día. A veces, viene mi nieta de 12 años y me dice: “abuelita, ¡vamos a mi casa!”, “no voy”, porque tengo miedo de que me bote y me caiga. Pero, si viene su hermano que está más grande, puede ser que yo vaya a su casa, a veces, acepto que me lleve.

### **Cuando se le sube el azúcar**

**Doña Elvira:** Yo siento cuando está subida mi azúcar porque puro dormir hago. Yo lo siento porque cuando está subida me dan ganas de dormir, me acuesto y me duermo. Así me doy cuenta de que ya está subida. Yo digo: “¿quién sabe cómo se sube?” Porque yo no como nada pesado, ni tomo café dulce, ni chocolate dulce, nada. Lo que tomo yo es el refresco natural.

Cuando está alta mi azúcar me lo dice el doctor. Pero esta vez que fui no me dijo nada. La misma enfermera me dice que está alta mi presión: “a ver qué te va a decir el doctor”. “Procura no tomar cosas dulces, cuídate mucho”, me dice el doctor.

No sé cómo se sube mi azúcar. Me dicen así: “¿no será que hay algo que estás pensando?”, pues cuando pasa creo que hay algo en mi mente. Cuando empiezas a pensar cosas, no se te van a quitar de tu cabeza, siempre las vas a tener en mente. Porque cuando estás sana, no piensas nada, no piensas nada. Yo ahora me siento bien, porque cuando está subida mi azúcar me doy cuenta, porque cuando estoy sentada en mi hamaca parece que estoy borracha, es cuando está alta mi azúcar. Porque cuando está arretentada (es decir, muy fuerte) me da dolor de cabeza y ni me puedo sentar en mi carretilla a ver la tele.

Ahorita estoy medio tranquila, pero cuando oigo cosas que no me agradan creo que se me sube la presión, cuando oigo lo que dicen se me sube así.

**Rosalba, nuera:** Yo trato de decirle a mi suegra que no debe pensar nada para que esté un poco más de tiempo con nosotros. Hasta a mi suegro se lo he dicho: “es que mi suegra no puede escuchar nada de pleito, para que esté bien de su diabetes y usted sabe que ella nunca va a dejar de tomar las pastillas, ¡esté al pendiente de lo que va a tomar!”.

### **Qué puede y qué dice comer**

**Doña Elvira:** Cuando salí del hospital, el doctor me dijo que no puedo comer cosas pesadas. Que compren pollo para asar y le pongan un poco de pimienta, que esté seco, seco. Primero deben sancochar el pollo, después, le untan la pimienta y luego lo asan.

Así, seco, sin caldo ni grasa. Se lo dijeron también a mi nuera: “no le vayan a dar cosas pesadas”. Sopa de pollo, coditos, lacitos, lo preparan con el caldo del pollo. Ahora, para mi cena mi esposo me compra francés o galletas de soda, un poco de avena, es eso lo que me da, no me dan cosas pesadas.

### **Medicamentos que toma**

**Doña Elvira:** Me dan pastillas en el seguro. En la mañana y en la tarde tomo el nifedipino con la metformina, después que tomo la metformina espero 10 minutos y tomo el nifedipino. El enalapril lo tomo hasta que pase el medio día. Esa medicina que me dan hoy es la misma que me daban antes; sólo cambió el color, antes me daban de color azul. Tengo separadas las medicinas para que no se me olvide cómo tomarlas. Aunque, empiezo a sudar así después de media hora de tomar la metformina. Pues no sé si está bien lo que me pasa. Me dice mi nuera: “un día de estos te vamos a llevar al seguro para ver qué nos dice el doctor o será porque hay un poco de calor, no sé”, me dice.

Nomás tomo la medicina que me dan en el seguro. Pues no tomo otra cosa porque la enfermera me dice: “cuídate mucho, no cualquier cosa va a comer, no cualquier cosa va a tomar, debes tomar el refresco natural”. Porque si tomo otra cosa que tal que se me sube mi azúcar. Ni modos, mientras estoy bien tengo que seguir tomando la medicina que me dan en el seguro. Porque acá cada dos meses me dan mi medicina, cada dos meses, me surten para dos meses.

Pero esta vez que fui al seguro, el día 15 de octubre, no me dijeron que estaba subida mi azúcar, me dijo el doctor que estaba bien. Me dieron un montón de medicinas. Cada dos meses tengo mi cita y un montón de medicina me dan.

**Rosalba, nuera:** Me enfermé hace como un mes y no podía salir pero un día se me ocurrió ir a acechar (ver cómo está) a mi suegra y me dijo: “¡qué bueno que viniste!”, “¿por qué?”, “es que no sé cuál pastilla debo de tomar”, “¿entonces no está tomando su pastilla?”, “sí estoy tomando ésta, pero la otra no porque me dice tu suegro: ¿qué vas a tomar señora?, que tal si te hace mal”, “¿y si no vengo?”, le digo.

Me dijo que cruzó mi cuñado y que le dijo: “hijo, dime cuál es la pastilla, qué es lo que voy a tomar”, pero como mi cuñado dice que casi no ve, le dijo: “hay mami no veo bien las letras, cuando yo venga pasado mañana te digo cómo lo vas a tomar”. Yo digo: “¿cómo va a ser pasado mañana?, pasado mañana tu mamá ya está internada otra vez”. Si no debe dejar de tomar su metformina. Entonces, se lo empecé a explicar otra vez. También se lo muestro a mi suegro: “éste va a tomar, éste uno al día”, “está bien”.

**Doña Elvira:** Mi esposo y mi nuera me llevan al seguro, me suben en mi carretilla y la empujan. Cuando entro con el doctor mi nuera entra conmigo. Hoy tengo que ir dos veces al seguro porque temprano me checan mi dedo, después me quito y a las 12 del día me vuelvo a ir para que yo entre con el doctor.

Antes no era así, antes una vez que iba temprano me checaban el dedo, esperaba a que me hablaran y entraba con el doctor. Pero hoy no, tengo que ir dos veces. Digo: “¿qué le pasa al doctor?, ¿cree que uno no se cansa?”. A mí me da trabajo ir dos veces porque me llevan temprano y después me vuelven a traer a mi casa. Una vez que me traigan espero que den las 12 del día para que me lleven otra vez. Esta vez me quité como a las tres de la tarde. Por eso digo que me canso y hay calor. A veces, no desayuno cuando voy temprano porque me dice mi esposo que hasta volver, entonces no desayuno. Pero cuando llego a mi casa desayuno, espero un rato y me vuelvo a ir. Ya son como tres veces que he ido así.

### **Relación con su familia**

**Doña Elvira:** Ahorita estoy tranquila porque nadie viene a molestarme, mis familiares nada más vienen a conversar un rato y se van.

Mis dos hijos viven aquí cerca. Mis dos hijas viven en Mérida pero vienen a verme, a mí no me gusta ir a verlas porque si me quedo en sus casas no puedo dormir bien, cama me dan así.

Mi nuera viene a visitarme, mi nieta trae mi comida y mis otros nietos siempre vienen a visitarme. A veces, me preguntan: “¿necesitas que vaya a comprar algo?”, “nada”, no me hace falta nada.

Todos están pendientes de mí, hasta hoy. Van a trabajar en Mérida y cuando regresan pasan a verme, a saludarme, conversan un rato y ya después se van.

**Don Modesto, esposo:** Antes era tomador, yo tomaba mucho. Tomaba sábados y domingos y después me iba al campo y ya no regresaba hasta el sábado. Así fue la vida de nosotros, así crecí a mis hijos. Tengo dos hijas en Mérida y dos hijos acá. Primero mi hija la más grande se fue a Mérida, ella llevó a su hermanita y ahí se quedaron. Pero vienen, cada domingo vienen. La hermanita viene cada domingo, la otra no viene porque tiene su tienda.

La que más atiende a mi esposa ahorita es mi *chan* nuera que vive acá en la esquina (Rosalba). Es la esposa de uno de mis hijos, es que esa señora no va a trabajar. En cambio la otra va a trabajar y no puede. Ella está pendiente, es su mamá de mi nieta la güerita. Mi nuera hace la comida, nos manda la comida y comemos a la hora. Hoy se hace un poquito tarde porque la escuela donde va la güerita está lejos y como ella la trae tenemos que esperar. Cuando viene saca la comida y ella, a veces, come con nosotros. Es la ventaja que hay ahorita. Bendito sea Dios que no me han dejado porque me mandan la comida. Porque si ella no lo hiciera yo tendría qué hacerlo ¿y cómo? Yo sé algo de cocina, no lo veo difícil pero de todos modos. A veces me dice ella: “voy a recordar mis tiempos” y se pone a tortear.

Bendito sea Dios no peleamos, no discutimos entre nosotros. Entra la noche y nos ponemos a ver televisión, llega la hora y le digo: “voy a apagar esta cosa”. Apago la tele y a dormir. Estamos tranquilos, no conocemos el pleito.

**Rosalba, nuera:** Sus hijas vienen a visitarla cada ocho días, viene a pasear, a veces hacemos fiestas, estamos conviviendo. Pero el que casi no convive es mi cuñado que vive acá al lado, le da mucha lata a su mamá porque puro pleito con mi sobrino. Yo tengo problemas con mi esposo pero nunca se los voy a llevar a ella, yo lo resuelvo con mi esposo. Las de Mérida tampoco le vienen a contar sus problemas. No es justo que mi cuñado y su hijo que ni siquiera fueron a verla al hospital le vayan a armar escándalos.

A veces, se altera mi suegra, el azúcar se le eleva. Después, ¿cómo se lo controlamos? Yo les digo: “¿quieren ver un poquito más a su mamá? No le den problemas porque ella no está para tener problemas, la diabetes es traicionera. Siempre se los he dicho, pero si ellos no lo quieren entender...el día que mi suegra se vaya y vea a sus hijos llorando, ese día les voy a decir cómo se portaron.

Ellos no querían atender a mi suegra (su cuñado y su esposa) por eso yo me paré y dije que la iba a ver. Como si fuera un pirinola que giran y dijera: “toma todo o toma nada”. Ellos se lavaron las manos, así de fácil.

Mi mamá también es diabética...y le dije así: “mami, a mi suegra nadie la quiere atender”, “hay hija, si tu ya la empezaste a verla...pues una cosa que ya empezaste termínala, hasta donde llegues con tu suegra”, “correcto mami”. “Esa fue su decisión de mi mamá”, les dije a ellos (familiares políticos). “Yo la voy a ver”, les dije, porque mi esposo también estaba diciendo: “yo voy a contratar a una persona para que la venga a bañar”. Mi concuña dijo: “¿por qué la voy a atender? si ni a mi mamá atendí y voy a atender a esa señora que ni es mi mamá, es mamá de mi marido, no es mi mamá. Porque yo no fui a atender a mi mamá”. Mi suegra estaba en su hamaca llorando, escuchando que sus hijos se pelearan. “Yo una cosa les voy a decir, quiero que lo escuchen, yo no lo voy a hacer para esperar la herencia, yo no quiero que su mamá me de nada, lo voy a hacer de corazón y hasta donde yo llegue con ella”, me paré y se los dije. “No la quieren

ver, que no la vean. Yo me hago cargo de ella a cambio de nada”, así de plano se los dije. Por eso hasta la fecha yo atiendo a mi suegra, le doy su comida.

También se pusieron a pelear por el terreno, por la herencia, por la casa que le dieron al chamaco. Se molestaron mis cuñadas porque se lo dieron al muchacho. Porque se lo dieron sin haberlo trabajado. Yo no les pido nada. Si a mi cuñado no le sale del corazón regalarle un plato de comida a su mamá... nunca le voy a decir en la puerta de su casa “nunca le has llevado comida a tu mamá”. No, si quiere se lo da y si no, pues no.

Una vez al muchacho (su sobrino, el nieto de doña Elvira), como tiene su esposa, le pedí de favor: “¿será que me puedas ayudar? tengo miedo que se arretiente (se ponga mal) tu abuelita, está sola, me voy a ir temprano, tu abuelito se va a trabajar, tan si quiera en eso que me ayudes, hasta en darle tan siquiera un plato de comida, si ya cocinó tu esposa”. ¡Jesús en el cielo! fue un pleito y dije que jamás en mi vida les volvía a pedir un favor. Me dijo mi cuñada: “está bien que se la entregues a él, él ya tiene la herencia, ya tiene la casa, ya tiene el terreno y no lo ha trabajado. Tú que estás trabajando no tienes nada”, “no pido nada”, le dije. Nos enfrentaron, nos sentaron y les dije: “sólo piensan en ustedes, no piensan en mí, porque yo he pasado muchas cosas con mi suegra pero ni cuenta se están dando, sólo están hablando de la herencia, del dinero, de las cosas materiales. Pero una cosa les voy a decir mientras ella viva, le voy a seguir dando su comida. Lo único que yo pido es que mi suegra esté bien de salud, que este viva, con eso me basta. Por eso mi suegra tiene más confianza conmigo y no con ellos.

Pues sigo con ella hasta ahorita, hasta la fecha, hasta que Dios decida cuándo la va a llevar. La visito, converso un rato con ella, está contenta.

Cuando va a cobrar su 65 y más yo la llevo, antes mi suegro no quería sacarla a la calle. Cada dos meses ella cobra su 65 y más y su Oportunidades, pero con tarjeta, nada más metemos la tarjeta, traen la maquinita y pasamos la tarjeta, está activada. El dinero sale aunque ella no vaya, basta con que yo lleve la tarjeta porque soy su beneficiaria. Pero yo sí la saco y le dije: “vamos”, ella sabe que va a salir y se pone contenta. Si yo fuese diferente dejo que se quede en su casa, me voy a buscar su dinero y se lo entrego, pero no, yo no tengo vergüenza de andar con ella. Si mi suegro tiene vergüenza, yo no. Así la sacamos, ya se acostumbró también mi suegro. Porque cuando sale puede ver a sus compañeras de cuando salía a moler, las ve y todas se acercan a ella y se pone a conversar. Pues veo que así se distrae. Mi suegro va con nosotras. Cuando empezamos a sacarle creo que sentía vergüenza, pero hoy no. Hasta ya se acostumbró. Dice así: “hay que salir”.

Ya tiene rato que estoy al pendiente de mi suegra, hasta la fecha estoy con ella, sigo viéndola, le mando su comida, estoy pendiente de sus citas porque yo le dije que no la iba a dejar. Por eso ella dice que soy yo la que la veo: “ella sabe, ella me lleva, ella me manda mi comida”.

### **Reflexiones con respecto a la enfermedad**

**Doña Elvira:** Casi no salgo de mi casa. Salgo nada más para ir a buscar mi medicina y cuando me toca cobrar mis 65 y más. Sólo para eso. Mi esposo y mi nuera me llevan en mi carretilla. De antes sí salía más, venía mi yerno y me decía: “te vine a buscar suegra, te voy a llevar a Mérida”. Pero no me gusta ir porque ahí me quedo a dormir. Le digo que voy pero si me vuelve a traer aquí. “No, es que queremos que te quedes una noche en la casa”, “está bien, me quedo”. Pero cuando dan las siete de la mañana ya me trajeron aquí. “No dormiste”, me dicen, “lo oímos”. Ni modo. Este domingo me estaban diciendo que fuera pero no quise ir. Mejor prefiero acostarme en mi hamaca. Porque allá cama me dan. Acercan mi silla a la cama, me alza mi yerno y me acuesta. Es que estoy acostumbrada a mecarme a cada rato en mi hamaca.

Lo que extraño hacer es tortear, ahora me doy cuenta de que no puedo hacerlo. Me sentaba junto a la candela a tortear, iba a moler y cuando regresaba hacía mi pozole para

que yo tomara y después, me bañaba y me sentaba a tortear. Cuando venía mi esposo me decía: “voy a comer”, “está bien”. Pero hoy no puedo, no puedo. Porque si no, nunca compraba tortillas como ahora. Iba a moler, una palangana molía. Luego regresaba y me sentaba a tortear.

Antes costuraba, hacía mis servilletas bordadas con punto de cruz. Esa bolsa que está allá cerca de la pared está llena de servilletas. Así, cuando se acercan los finados (31 de octubre, 1 y 2 de noviembre, Hanal Pixan, comida de ánimas) tengo la servilleta para la mesa, para que asienten el pan, el refresco. Porque su mamá de él no tomaba cualquier refresco, tomaba bebi, y lo asiento encima del paño.

Pues en que viene la chamaquita (su biznieta como de año y medio) aquí me distraigo, empieza a jugar su pelota, la tira y yo extendiendo mi hamaca para que caiga adentro y se empieza a reír. Si no está bailando, oye la música y empieza a bailar, “está bien mamita, está bien, distráeme aquí”. Empieza a llorar cuando no la traen, cuando oigo que está llorando es porque quiere venir acá. Pero le digo a su mamá que la cuide porque no quisiera que salga solita porque qué tal si vienen un camión o un coche o lo que sea y la atropellan, “a mí me va a dar más pena”, le digo.

Si no, viene la otra niña grande, se acuesta en la hamaca y empieza a conversar. “¿Mi abuelo se fue a Mérida?”, “sí”. Entonces, cuando adivine que va a venir se va.

Pues acá en Kinchil hay un montón de gente que tiene diabetes porque en que voy al seguro lo veo. “¿Quién sabe cómo voy a acabar?” dicen ó “¡esto me va a matar!”. Cuando lo oigo me separo, me voy a un lado. Es que creo que no me conviene escuchar eso, por eso me hago a un lado para que no lo oiga.

**Don Modesto, esposo:** Pues tiene que sufrir ella en que está ahorita así. La estoy atendiendo, me voy un rato al trabajo y luego, ya estoy acá. No la puedo dejar por la enfermedad que tiene. La enfermedad es muy delicada, de un momento a otro puede desaparecer mi esposa y no la voy a volver ver, no voy a saber ni a qué hora murió.

La enfermedad que tiene está durísima, es traicionera, porque de un momento a otro puede dar la sorpresa. Yo pensaba mucho que ella tenía esa enfermedad pero dejé de pensarlo porque si no, me ataranto, me quedo como un loco, ya lo tiene y pues ni modo, ya está, ya lo tiene en el cuerpo ¿qué más voy a hacer?

Bendito sea Dios a mí no me ha tocado. Hasta ahorita no tengo nada de eso. Voy al seguro porque lo que me friega a mí es el reumatismo. Pobre de mi esposa, es una enfermedad muy dura la que tiene, no es una enfermedad fácil. ¿Sabes qué es que te quiten tu pie? Si me pasara a mí, tal vez me hubiera quedado loco o quién sabe. Porque esta enfermedad está dura, está durísima. Dicen que hoy están buscando la medicina en México, no sé si es cierto, pasa en la tele.

**Rosalba, nuera:** No la hago sentir que ella no puede hacer las cosas, si no que sí puede. Cuando yo estoy atareada o algo le digo: “¿pica el rábano?”. Si vamos a hacer salpicón de venado le digo: “¿desmenuza la carne?”. Se lo llevo a su casa y luego, lo paso a buscar, trato de que no se quede sin hacer nada.

Pues ahorita no se ve enferma, yo la veo bien. Es como le digo a ella: “no piense nada para que no se eleve su azúcar”. El problema es el azúcar y hay que cuidar que no tenga llagas. O cuando tenga una llaga, cuando no está controlada su azúcar, es cuando empieza a engrandecer más la llaga. Eso le digo a ella, no debe de pensar nada. Pues hasta ahorita está tranquila, está bien.

Gracias a Dios lo aceptó. Es una ventaja porque aceptó su condición, no todos lo superan y ella teniendo la edad que tiene lo aceptó. Es como le digo: “ponga de su parte, no se deje”. Pues gracias a Dios pues hasta ahorita está bien. Es que no todos aguantan la enfermedad. Yo le digo a mi suegra: “ponga de su parte, no piense nada”.

#### 1.4 Análisis del caso

Doña Elvira es una mujer que, pese haber experimentado las adversidades y los sufrimientos suscitados por la diabetes, ha podido salir adelante y adaptarse a sus nuevas condiciones de vida no sin antes replantearse sus planes y expectativas. Las amputaciones como consecuencia de su enfermedad se le presentaron cuando vivía sola con su esposo porque sus hijos habían establecido su vida aparte. Sus redes de apoyo se vieron limitadas justo después de su última mutilación provocando disputas familiares para elegir a la persona que se haría cargo de su cuidado permanente y continuo. En menos de un lustro, doña Elvira se convirtió en una mujer dependiente de los demás pero todavía conserva las ganas y la alegría de vivir.

Un elemento característico en la trayectoria de doña Elvira es que no cuenta con antecedentes de familiares con diabetes y por lo tanto, carecía de experiencias cercanas, conocimientos o información específica que pudieran ayudarle a retardar y/o prevenir las complicaciones de su enfermedad. Los primeros síntomas de su diabetes estuvieron relacionados con una crisis de hipoglucemia porque sufría desmayos.<sup>61</sup> Así, el padecimiento produjo cambios repentinos en su vida cotidiana impidiéndole realizar algunas de sus actividades habituales.

Un aspecto central en las narrativas de doña Elvira es la subordinación explícita de sus opiniones con respecto a las decisiones de los hombres en su familia; por ejemplo, uno de sus hijos la privó de la compañía del toro sin consultárselo. Asimismo, el advenimiento de su enfermedad tuvo origen en una circunstancia afectiva: la pérdida de un animal querido. La impotencia y el coraje ante un acontecimiento injusto pudieron provocarle malestares en menoscabo de su salud emocional.

En las dos ocasiones de complicación, la historia del malestar comenzó por una llaga en el pie. En este sentido, el clima cálido en Yucatán favorece el uso de un calzado que deja al descubierto buena parte del pie provocando que se encuentre a merced de los accidentes y las heridas. Esto se conjuga con la pérdida gradual de la sensibilidad en las extremidades del cuerpo de una persona con diabetes; así, cuando la lesión se descubre tardíamente, las consecuencias pueden resultar nefastas para la salud del implicado.

La situación de rotunda negación de doña Elvira a perder sus extremidades derivó en un drama personal que pronto se convirtió en un conflicto social, ya que, puso a prueba el compromiso y la determinación de sus familiares ante las adversidades.

---

<sup>61</sup> La hipoglucemia es la falta de azúcar en la sangre y sus síntomas severos son la incapacidad para concentrarse, conducta irracional, agresiva o desacostumbrada, mareos y al final, pérdida de la conciencia (Wright, 2008).



Doña Elvira no se imaginaba la vida sin una parte funcional e importante de su cuerpo; es decir, su negativa se encontraba sustentada en el miedo y en el sufrimiento que experimentaría como consecuencia de su mutilación. En este sentido, los actores sociales utilizaron los medios que estaban a su alcance para convencerla de someterse a ambas operaciones. Al final, cedió porque el dolor y el sufrimiento que experimentó fueron atroces.

Los períodos de hospitalización demandaron que la familia desplegara estrategias de organización que permitieran brindar el acompañamiento y el apoyo, tanto material como anímico, que doña Elvira necesitaba. En esta etapa, las hijas, la nuera y el esposo se encontraron más participativos que los hijos. Cada actor social tuvo que modificar sus agendas personales para cumplir con la responsabilidad adquirida con doña Elvira.

La negligencia médica, la insensibilidad del personal de salud ante el sufrimiento de los usuarios y el hacinamiento son factores que intensifican el malestar de las personas hospitalizadas. Las reglamentaciones de estos espacios complican también las posibilidades organizativas de una familia para apoyar y atender a su ser querido enfermo. En gran medida, estas circunstancias permiten sugerir que el drama social está asociado a la estancia y permanencia en el hospital. La última experiencia de doña Elvira en el sanatorio fue percibida como devastadora y terrible a tal grado de omitir los pormenores. A doña Elvira este suceso violento y disruptivo le sucedió en mayo de 2013, la conocí en septiembre del mismo año y empecé a entrevistarla el mes siguiente. Los acontecimientos estaban recientes en su mente, quizá por eso decidió ocultarlos, me parece que en este tipo de situaciones “recordar es volver a vivir”. En cambio, Rosalba encontró en las entrevistas un espacio para desahogarse.

Las amputaciones de doña Elvira produjeron cambios disruptivos en su cotidianidad a corto y largo plazo. El haberse quedado una semana en casa de una de sus hijas en Mérida justo después que le dieron de alta en el hospital constituye un ejemplo de los primeros. Además, la renuencia de doña Elvira a permanecer en la capital yucateca también limitó el apoyo que sus hijas podían ofrecerle, así el cuidado estuvo condicionado por este tipo de circunstancias. Por otro lado, las modificaciones radicales permanentes fueron el cambio de vivienda debido a las recomendaciones de asepsia del médico; además, abandonó a sus queridos animales de traspatio, y comenzó a perder de la autonomía pasando por un proceso gradual de dependencia hacia otras personas que le ayudarían a desarrollarse en su contexto habitual.

Es importante enfatizar que don Modesto se convirtió en el principal cuidador de doña Elvira pero, contó con la ayuda de una de sus nueras, Rosalba.<sup>62</sup> Esta mujer, en calidad de representante de su esposo, se encargó de acompañarla a sus citas en el seguro de Kinchil. Rosalba, con el apoyo de su hija, se responsabilizó de las cuestiones referidas a la comida diaria de la pareja. Los recursos económicos con los que cuenta esta mujer son insuficientes para elaborar guisos especiales para su suegra por ello, le manda de lo que cocina para su familia. Rosalba percibe que su apoyo es subestimado y menospreciado por los miembros de su familia política. A pesar de todo, por el hecho de ayudar a su suegra, goza de ciertos beneficios colaterales tales como haberse convertido en la principal beneficiaria de doña Elvira en un programa social.

Otro drama social surgió por los conflictos generados debido a que doña Elvira y su esposo comenzaron la repartición de sus bienes materiales e inmuebles entre sus familiares cercanos. Aunado a este hecho, la diabetes de doña Elvira se mantuvo en descontrol y se le presentó una nueva enfermedad: hipertensión arterial. Así, el conocimiento empírico aclara que el bienestar de una persona con diabetes se logra cuando en su entorno habitual existen situaciones estables en el sentido emocional y afectivo.

Como antecedentes en la relación de pareja entre doña Elvira y don Modesto se vislumbran las ausencias de éste pero, fueron provocadas por su trabajo intensivo en el campo. Sin embargo, doña Elvira sostiene que se ha llevado bien con su esposo; aclara que, aunque en el pasado ingería alcohol en medidas excesivas nunca la golpeó ni la maltrató. En la actualidad se acompañan como dos seres que se aprecian, quieren y apoyan.

La vida cotidiana de doña Elvira se ha reducido al ámbito privado, su condición generó un drástico aislamiento social que con el tiempo ha llegado a normalizarse. Ha tenido que acostumbrarse y adaptarse a su nueva situación y poco a poco, ha logrado cierta independencia en pequeñas prácticas tales como vestirse sin ayuda de nadie y usar su cómodo para hacer sus necesidades. También ha encontrado actividades que, en cierto sentido, le producen satisfacción y complacencia como ver la televisión y recibir visitas casi todo el tiempo. Destaco al respecto, el apoyo emocional que Rosalba intenta proporcionarle de varias formas. No obstante, sus pérdidas han sido mayores en comparación con las ganancias obtenidas porque depende de su marido para realizar la mayoría de sus tareas personales.

---

<sup>62</sup> La otra nuera demostró una ausencia de compromiso así como una menor disposición para brindar su apoyo.

La enfermedad de la diabetes produjo cambios radicales y disruptivos en la vida de doña Elvira que afectaron en cierto modo a sus familiares. Las situaciones de crisis hicieron que el drama social se revelara. Más allá de la disposición o buena voluntad que los actores tuvieron para con doña Elvira, intervinieron otras circunstancias para brindar o no el apoyo tales como las dificultades, la distancia espacial, los intereses de cada miembro de la red familiar, los dilemas morales, las agendas personales y las limitantes de la estructura institucional. Pero, en este contexto, el apoyo es valorado mayormente como una actividad que les corresponde a las mujeres “desocupadas”<sup>63</sup> de la familia.

### **1.5 Comparación de los casos<sup>64</sup>**

La diferencia más importante entre los dos casos, que además está determinada por la historia familiar de diabetes, es el significado disruptivo de la enfermedad en la vida de cada una de las mujeres porque varió la severidad de la lesión o pérdida y sus consecuencias. Ambas fueron conscientes de que su destino final era la muerte. Sin embargo, doña Elvira se cuestionó si podía continuar viviendo debido al grado de sus amputaciones y doña Magali consideró que cabía la posibilidad de seguir siendo cercenada. Por otro lado, una característica similar es que en sus testimonios omitieron los episodios de experiencias amargas. Si bien en el caso de doña Elvira la narración de las hospitalizaciones y las amputaciones no mostró el dramatismo exaltado por Rosalba, se puede afirmar que el dolor estuvo presente.

Un elemento a destacar en ambos casos es que la experiencia previa con la enfermedad no establece ninguna diferencia en lo que se refiere a la trayectoria del padecimiento. En el primer caso, aunque existía un antecedente de familiares con diabetes e inclusive de amputación este hecho no propició la atención oportuna y pertinente de las heridas así que al final, las historias son similares porque la prevención y el tratamiento adecuado estuvieron ausentes. Además, sus lesiones ocurrieron en el ámbito doméstico privado y se debieron a que su calzado mantuvo desprotegido buena parte de su pie.

En ambos casos, las mujeres vistas como disponibles a partir de ciertas circunstancias que les rodeaban dentro del contexto familiar se ven impelidas a asumir el rol de acompañantes y cuidadoras, en el entendido de que existen visiones de género

---

<sup>63</sup> En este sentido, Rosalba (a diferencia de su conculia) no tenía un trabajo remunerado.

<sup>64</sup> Agradezco con sinceridad a la Dra. Graciela Freyermuth sus comentarios para el mejoramiento de este apartado mediante la comunicación vía electrónica del 25 de noviembre de 2014.

que consideran casi natural dicho apoyo. En el primer caso, las hijas más pequeñas asumieron el costo del cuidado y por ello, se salieron de la secundaria escolarizada. En el caso de doña Elvira, la nuera que no realizaba un trabajo formal remunerado y permanecía cercana a su suegra fue quien apoyó en todo momento.

El papel de los hombres representa una veta fundamental en los casos pero, cabe preguntarse si sus conductas y acciones tienen un impacto muy importante en las vidas de las mujeres porque pareciera que el significado que se les otorga suele sobredimensionarse pudiendo proporcionar sentimientos profundamente dolorosos o placenteros. Doña Magali se asustó por la muerte de su hermano menor y doña Elvira se entristeció cuando su hijo vendió el toro. En este sentido, condiciones cotidianas de inequidad de género afectan la vida emocional de las mujeres. No obstante, la función de los varones como cuidadores o fuente de apoyo se vislumbra en el caso de doña Magali solo en las situaciones críticas de hospitalización. Mientras que para con doña Elvira, en el caso específico de su marido se ha visto compelido a fungir como cuidador principal gracias a la presión familiar. Además, el esposo de Rosalba delega su deber en ella y así justifica su no participación.

La diferencia de edades entre las dos mujeres determina que su fase familiar sea distinta. Doña Magali tuvo tres hijas menores de edad viviendo en su casa. En el segundo caso, las dos hijas son adultas e independientes de sus padres, es decir, doña Elvira no podía ejercer poder sobre ellas. Otro elemento diferencial es la búsqueda de atención. Doña Elvira recurrió a la medicina privada en dos ocasiones para tratar de salvar sus extremidades. Es decir, en cierto momento su familia contó con los recursos económicos necesarios para hacer frente a las adversidades pero, al final la opción se descartó por el impacto económico que implicaba el tratamiento con un médico particular. Doña Magali tuvo que conformarse con la atención brindada en las instituciones públicas de salud.

Las consecuencias de las amputaciones son una cuestión que establece divergencias en los casos. La ganancia secundaria de doña Magali fue que después de sus mutilaciones mantuvo a dos de sus hijas bajo sus órdenes durante todo el día y así, su vida transcurrió entre la comida y el descanso. La muerte de esta mujer quizá fue provocada por la enfermedad de Chagas y no por una complicación de la diabetes. La condición de incapacidad de doña Elvira le procuró una creciente dependencia hacia otras personas y le resultó imposible continuar con sus actividades cotidianas; hubo pérdidas importantes en su forma de vida. Al final, tuvo que resignarse a su situación.

El drama social se destaca de diferentes formas en ambos casos, esto es resultado de la fase de desarrollo en que se encuentran ambas familias lo que determina un poder diferencial de estas dos mujeres ante los miembros de su grupo doméstico. Doña Elvira, don Modesto y Rosalba dan cuenta de las dificultades que la familia sobrellevó para poder organizarse y brindar el apoyo. Además, el drama personal de la aquejada derivó de su negación a perder sus extremidades. En el caso de doña Magali, el drama social deviene de situaciones externas a su persona. La cuestión de la alimentación representa para esta mujer un aspecto central en su malestar.

En cuanto a los aspectos estructurales de la atención brindada en las instituciones públicas de salud se destacan la burocracia, las reglas del hospital, la negligencia médica y la percepción de la falta de interés en los problemas de los internados. Se puede hablar entonces de una inadecuada respuesta institucional en detrimento de la satisfacción de las personas que acuden para tratar sus problemas. Asimismo, estos aspectos exacerbaban su sufrimiento, ya que, las condiciones de pobreza en las que viven no les permiten tener acceso a una salud de calidad.

# CAPÍTULO 4: “HOMBRES EXPERIMENTADO Y SUFRIENDO DIABETES”

## 1.0 Introducción

Los casos de don Chelín y don Pedro dan cuenta de la manera en que estos hombres han experimentado la diabetes, enfermedad que a la larga produjo cambios abruptos e incapacitantes en sus vidas. Se trata de personas que desde temprana edad comenzaron a laborar en el campo y que, gracias a su trabajo arduo en los planteles de henequén en la actualidad están cobrando una pensión. Este ingreso representa una gran ayuda para su precaria economía. Estos hombres, ante las tribulaciones presentadas en sus vidas, han podido sobrevivir y hasta cierto punto acostumbrarse a sus condiciones actuales de existencia. Las experiencias derivadas de la diabetes han forjado su carácter y sostienen una actitud positiva ante la vida. En los siguientes casos observaremos que, las mujeres son las principales encargadas de brindar el apoyo y la atención a los familiares que padecen diabetes y se han quedado incapacitados. Asimismo, una característica fundamental es que tanto don Chelín como don Pedro presentaron sus testimonios con suma profundidad, es decir, fueron explicativos y anecdóticos.

Las y los lectores tendrán la oportunidad de conocer el proceso de la enfermedad de la diabetes en los actores sociales, narrado por ellos, su esposa y una de sus hijas. La estructura de presentación de cada actor es la siguiente: primero, exhibo una descripción general haciendo énfasis en los aspectos de personalidad y en los socioculturales. Luego, expongo sus testimonios en una especie de diálogo. Para ello, dividí las narrativas en cuatro momentos: antecedentes y trabajo, historia de la enfermedad, historia de las complicaciones y situación actual de vida. Después, presento el análisis del caso centrándome en aspectos específicos que dan cuenta de la manera en que la diabetes genera cambios disruptivos en la vida de los implicados y cómo se genera, aminora y se reaviva el drama social y las consecuencias del mismo. En la última parte del capítulo tiene lugar la comparación de ambos casos, esto con la finalidad de establecer convergencias y divergencias que permitan encontrar generalidades y/o particularidades en la manera de experimentar un padecimiento como la diabetes.

## 1.1 Don Chelín

Don Chelín es el apodo de don Leovigildo. Este señor tiene 69 años, es delgado, tez blanca, con cabello grisáceo y ojos verdes. Nació en Kinchil y es bilingüe en maya y español. Desde hace 40 años padece diabetes y, a pesar de las complicaciones de su enfermedad no está amargado ni nada por el estilo. No tiene la pierna izquierda debido a una complicación de su padecimiento y conserva la derecha porque luchó para salvarla, ya que, también presentó manifestaciones peligrosas. Además, mantiene un saludable sentido de la vista y del oído.

Siempre fue amable conmigo, me agradó su forma de ser, aunque su mirada al vacío me hacía pensar en la añoranza que sentía por los días en los que podía salir a trabajar. Cuando lo entrevisté me explicó con detenimiento los hechos relevantes de su vida con la diabetes, tenía mucho que contar y yo quería escucharlo. Don Chelín, durante las entrevistas, pudo hablar con toda libertad de su situación en particular; representaron un espacio de desahogo en el cual las quejas, las inconformidades y las injusticias salieron a relucir.

Está casado con doña Basilia y tienen tres hijos. En orden ascendente son Carlos, Librada y Martín, todos tienen familia. Martín y Librada viven en la misma casa que sus padres pero, se encuentran establecidos en distintas habitaciones. Don Chelín y su esposa duermen en un cuarto; Martín con su esposa, Teresa, y sus dos hijos en otro y Librada con su esposo y sus tres hijos en un tercero. En total 11 personas habitan en la casa y comparten el baño, la cocina y el solar. Aunque don Chelín y doña Basilia se encuentran en fase de declinación porque se han vuelto viejos, vemos que la familia se ha ampliado y por la vivienda dos de sus hijos siguen dependiendo de ellos.

En sus narrativas, los actores sociales describen sus experiencias y los dramas que han vivido, así como la forma de resolverlos en función de superarlos. Esta familia, pese a las múltiples adversidades, ha salido adelante. En las siguientes líneas, presento de viva voz el testimonio de don Chelín, el de su esposa y el de su hija.

### Antecedentes

#### En qué trabajaba cuando podía

**Don Chelín:** Era ejidatario de henequén, trabajaba en el ejido. Antes yo chapeaba, cuando había henequén agarraba mis cosas y me iba hasta el oriente donde estaban las haciendas, donde trabaja la máquina raspadora del henequén. Cuando se terminaba el trabajo en una, me iba a otra. Éramos varios, como 30 ó 40 personas, cargábamos nuestras mochilas y nos íbamos. Aquí no había trabajo, nada más nos dieron medio

mecate<sup>65</sup> (de tierra) y no podía vivir con eso. En las haciendas me pagaban \$4.50 al día, nada más. A mis tíos les dejé mi medio mecate, no valía la pena que yo lo trabajara. En las haciendas, todos los días como a la siete de la noche dejaba de trabajar y regresaba a mi casa, aquí en Kinchil. Cenaba como a las ocho de la noche y me terminaba de bañar como a las 10. A las cinco de la mañana ya me había alistado para irme otra vez.

En ese tiempo hubo muchas necesidades, mucha hambre acá en el pueblo y pues por eso salí, no me quedé. A la semana ganaba \$60, a veces \$80, a las 12 del día te pagaban. A veces no venía a mi pueblo, pero le mandaba mi ganancia a mi mamá. Tuve muchas hermanitas, como ocho y todas mujeres, yo fui el primero, un varón nomás. Pues tuve que ayudar a mi papá, a criarlos. Cuando crecieron mis hermanitas le dije a mi mamá: “aunque no quieras, esa que ya está grande tiene que ir a trabajar, para que pueda vestirse, que no se quede acá”.

Cuando agarré mi cítrico también era taxista, en mi triciclo. Mi cítrico, está como a cinco km de aquí, es un terreno como de 36 mecates y medio. Yo soy trabajador de campo, puedo cosechar. Nos dieron un crédito como de \$80 para sembrar tomate. Tenía sistema de riego y sembré rábano, sandía, tomate, calabaza y pepino. Como era tierra virgen, cualquier semilla se quedaba bien. También fertilizaba, me enseñaron a hacerlo. Pues la primera vez, en tres semanas creció el rábano, lo arranqué y lo traje aquí para vender. Cuando lo vendí estaba contento porque ya tenía unos centavitos. Nos dieron vehículo para salir a vender la sandía, la calabaza y el pepino. Cuando teníamos centavitos, nos íbamos a vender a Celestún. Pues así ha sido mi vida hasta hoy, todavía tengo el cítrico pero mi hijo el más grande lo trabaja, pero no es como si yo lo hiciera. No está limpio, medio trabaja nada más.

**Doña Basilia, esposa:** Se dedicaba a su cítrico y salía a tricitaxear. A veces, se iba a las cuatro de la mañana a su cítrico, regresaba a las 10 u 11 del día, después se acostaba un ratito, se bañaba y salía a taxear. Venía como a las seis de la tarde, cenaba y se dormía. Nomás se dedicó a su cítrico porque no tenía trabajo.

Antiguamente, cuando estaba joven, había haciendas e iba a chapear, a cortar penca, allá por Tamchén, por Santa Rita, iba a chapear, a cortar penca. Pero ya después de eso, cuando no había nada de trabajo, le dieron el terreno del cítrico (dos hectáreas) y empezó a fomentarlo, a sembrar plantas.

El gobierno nos lo dio en la época de Víctor Cervera, nos dieron el cítrico, nos dieron el motor, nos dieron el sistema de riego, nos dieron todo. En el sistema de riego nada más llegas, mueves tu motor y ya está regando las plantas. A eso se dedicaba él porque le gustaba atenderlo. Su cítrico estaba bonito, limpiecito y cosechaba sus frutos. Pero ya después de lo que pasó, de que se lastimó su pie, el cítrico se quedó abandonado porque ahorita no da casi nada de producto es que mi hijo no lo atiende bien.

También tricitaxeaba diario. Diario tenía que salir, cuando le iba bien ganaba hasta \$200 pero, a veces, sólo \$40 ó \$50, pero con eso se ayudaba uno. Así, poco a poco alcanzamos nuestra casita pues guardaba el dinero de todo lo que vendía y empezó a comprar el material para fabricar nuestra casa.

## **Historia de la enfermedad**

**Don Chelín:** Cuando me empezó la diabetes me daban mareos y escalofríos. No entendía qué me pasaba y de repente me dijo mi esposa que vaya al seguro a consultar. Me fui a consultar y los doctores me dijeron: “tú ya eres diabético”. Pero no me dieron medicinas porque no tenía seguro. Me sentí triste, descontrolado, mal. Decía: “esto es para toda la vida ¿cómo le voy hacer?” Me sentí perdido. Dicen que con la diabetes no puedes trabajar entre espinos porque te raspan y no sanas. Pero los médicos me

---

<sup>65</sup> El mecate es una “medida de superficie equivalente a unos 400 metros cuadrados” (Bonfil, 2006:110).



aconsejaron y me dijeron que no todas las diabetes son iguales. Hay muchos tipos de diabetes, hay que viene de sangre, de herencia, de edad, de disgustos. Mi diabetes no viene de herencia y no viene de sangre. Me analizaron la sangre y me dijeron que mi diabetes viene de orina y no es tan peligroso.

Me mantuve durante dos años sancochando hierbas para tomar, hierbas que busqué para la diabetes pero me jodió. Entonces, tuve que comprar mi vitamina en la farmacia. Tomé hierbas pero también vitaminas. Había un señor que estaba muy decaído, estaba muy sencillo su cuerpo, quedó muy flaco y le pregunté: “¿tomas vitamina con esta hierba o sólo la hierba?”, “sólo hierba”, “por eso ya te chingó, tienes que tomar vitamina, cuando se gaste compras otra, cuando se gaste compras otra, aunque la hierba sea buena tienes que tomar la vitamina”. Pero cuando mi hijo me aseguró me empezaron a dar medicamentos.

Cuando mi hijo más grande cumplió 18 años entró a trabajar en una granja y me dio seguro. Empecé a ir al seguro cada mes y me daban mi medicina. Entonces dejé de tomar la hierba porque, a veces, me sentía mal. Hay días que amanecía y estaba muy mal, no tenía ánimos de ir a trabajar pero aun así iba.

Iba por mi control al seguro pero mi azúcar subía y bajaba, no se nivelaba y le pregunté al médico: “¿por qué hace así?”, “es que estás muy débil, tienes que tomar vitaminas”. Además, me decía el médico: “cuando vayas a tomar tu medicina come antes, no lo vayas a tomar sin comer”. Hay que tomarla con algo para que no caiga de golpe al estómago porque la pastilla está amarga y si cae de golpe, se friega el estómago. Tienes que comer algo, no debes tomar la medicina sólo así porque está amarga, debes tener algo con qué recibirla.

**Doña Basilia, esposa:** Cuando le empezó la diabetes a mi esposo estábamos fomentando el cítrico. Las matas del cítrico estaban chicas, entonces él se puso unas botas de hule para regar y un día de esos me dice: “no sé qué tengo en la plantas de mis pies, chécalo y me dices”. Lo chequé y vi que le salieron como hongos. Le empezó a salir *x'kay* (ojos de pescado) como le llamamos nosotros en maya. Desde eso dejó de caminar, no podía caminar. Entonces yo iba al cítrico con mi hijo, el más grande, a regar y a chapear porque él no podía ir.

Me dijeron que yo haga remedios. En eso, vino un primo que trabajaba en el monte y le dije que buscara unas medicinas que sirven para las verrugas, porque se le habían formado como *axx* (verrugas). Me dijeron que pusiera esas medicinas adentro de la ceniza y el jugo que sacara se lo untara en las plantas de sus pies. Dos meses estuvo en su hamaca con dolor. Pues yo me imagino que desde eso le dio diabetes porque se encaprichó y no sanaba.

Entonces un día lo llevé a consultar al hospital Juárez, antes se llamaba 20 de noviembre, y me dijo el doctor: “tiene que pedir cita, cuando venga a su cita vamos a ver qué tiene porque si no tiene curación, le vamos a tener que quitar su pie”. No sabíamos que era diabético y después dijo el doctor: “le vamos a quemar la planta de su pie con unos toques de electricidad”. Cuando fuimos a su cita le dieron una clase de pomada en un pomito y se la empecé a untar en las plantas de sus pies. Pasó un mes y la planta de su pie ya estaba sanando, después de dos meses más sus pies ya estaban bien.

Al poco tiempo, no me acuerdo en qué ocasión, tuvimos un problema acá en mi casa con sus parientes. Entonces, cuando fue con el doctor le hicieron sus análisis y vieron que era diabético, pero no sé si le dio por el problema con las plantas de sus pies o por el problema que tuvimos acá en mi casa porque hicimos coraje. Ya tiene más de 40 años de ser diabético.

**Librada, hija:** Cuando le empezó la diabetes a mi papá yo estaba chica. Pero según dicen ellos, fue porque me enfermé y de tanto pensar que me enfermé, de ahí le vino la diabetes. Porque en que él trabajaba en su cítrico cada cosecha que vendía, sobre mí se iba. Porque me dio bronquitis a los 18 años. Empecé a toser, a toser y eso no era vida

para mí. Cada vez que entraba la noche puro toser y no dormía y entonces, toda la cosecha de mi papá se iba para pagar mi tratamiento.

Cada vez que íbamos con un doctor particular gastábamos como \$600 ó \$700 porque la medicina era cara. Durante casi dos años estuvimos así. Creo que de tanta preocupación de si voy a quedar bien o no, le empezó la diabetes a mi papá.

Al principio de su enfermedad él no lo veía duro, como todavía le estaba empezando pues no le causaba tantos problemas. Pero después, con el tiempo, se fue minando la sangre como dicen los doctores hasta que pasaron los años y pues ya está como está.

### **Historia de la primera complicación, pierna izquierda perdida**

**Don Chelín:** Solo me han quitado mi pierna izquierda, nada más. Estaba cargando dos sacos de china, me caí y el sistema de riego se metió en mi alpargata y me lastimé mi pie izquierdo, se rajó abajo.

**Doña Basilia, esposa:** Un día vi que estaba raro su pie y le pregunté: “¿qué le pasó a tu pie?”, “nada”, “¿de verdad nada tiene tu pie?”, “nada”. Porque tiene esa chingada costumbre de voltear la punta de su hamaca para que tape su pie y no lo veamos. Lo esconde para que tape su pie y no lo veamos. Un día de esos le dije a mi hija: “parece que tu papá tiene algo en su pie”, “¿será?”, “sí tiene algo y siento que apesta”, “no creo mami”.

Entonces, a mi hija se le ocurrió y fue a ver el pie de su papá, el último de sus dedos estaba cuarteado y tenía una cortada. Le preguntó: “¿qué te pasó papi?”, “es que estaba sacando la china y se trabó el sistema de riego en mi pie”. Él decía que no lo sentía porque su pie estaba entumido. Aunque, estaba llagado su pie no lo sentía, no le dolía. Pero ya estaba negro su dedito, ya se estaba pudriendo y le dije a mi esposo: “ese tu pie se está pudriendo”, “¿cómo va a ser?!” “sí, se está pudriendo”.

**Librada, hija:** Estábamos cure y cure y de repente vimos que ya no se podía hacer mucho. Entonces, le dije a mi mamá enfrente de mi papá: “Mami ¿sabe qué? Ese pie de mi papá se está empeorando, en estos días no sentía nada pero ahora ya tiene olor”. Pero el error que teníamos en ese tiempo era que nosotras le decíamos a mi papá que vaya al seguro más no le decíamos: “vamos al seguro, te acompañamos”. Entonces él no iba. Yo le dije a mi mamá: “se está empeorando el pie de mi papá, se está pudriendo, le voy a tener que decir a mi hermano para que veamos qué hacer”. Agarré y se lo fui a contar a mi hermano más grande, como mi hermano ni se asoma, ni lo viene a ver. Ese día vino mi hermano y le dijo a mi papá: “vamos al seguro”, agarró y lo llevó.

Primero lo llevaron al seguro y dijeron que lo iban a ingresar pero mi papá no quería. Entonces, mi hermano lo llevó con un doctor particular y ahí le recetaron unas medicinas en polvo. Pero el doctor dijo: “si en un día este polvo no le hace efecto, lo deben llevar a ingresar”. Entonces, lo ingresaron porque el pie ya estaba minado, ya se había quedado negro. Como no circulaba su sangre, pues enseguida va comiendo la carne.

**Don Chelín:** Entonces, me ingresaron en Umán aunque no estaba grande la herida. Pero allá no me atendieron y me mandaron a Mérida, al Juárez. No me querían curar, me tuve que pelear. Quince días estuve dando vueltas de un hospital a otro hasta que se pudrió mi pie.

**Librada, hija:** Lo mandaban de Umán al Juárez, del Juárez a Umán. A veces, lo dejaba en un lugar y cuando regresaba a verlo ya no estaba allí, ya lo habían llevado a otro lugar. Una señora le dijo a mi mamá: “lo único que puedes hacer es entrar y hablar con el director del hospital y se lo explicas, le dices que no entiendes por qué están haciendo eso, que no le hacen caso a tu marido y les dices que es negligencia médica, los acusas para que te hagan caso. No es justo, cuántos días, semanas están pasando y cuando te des cuenta todo su cuerpo ya se zafó”. Puras vueltas, vueltas y vueltas le hacían dar y

mientras él estaba sufriendo. Al principio mi cuñada y yo andábamos con él, lo llevábamos al seguro pero cuando vimos que estaba quedando morado su pie, se lo encargamos a mi mamá. Mi mamá viajaba con él, ella estaba cuando le quitaron su dedo.

**Doña Basilia, esposa:** Quince días estuve andando con él. Primero nos pasaron a Umán, de Umán nos mandaron al Juárez, en el Juárez hizo dos días y nos volvieron a mandar a Umán y, de último, nos pasaron al Juárez. Allí, los doctores vieron que ya no tenía remedio y cuando los enfermeros lo iban a curar se le quitaban pedazos enteros de carne, ¡por Dios!, quedó solo hueso. Fue un sufrimiento. Yo estaba con él. Ahora mi nuera me regaña, porque cuando se le llagó su pie derecho yo no quería tocarlo, y me dice: “¡le tiene miedo al pie de su esposo!”, “no es que yo le tenga miedo, si no que no me dan ganas de verlo porque se arretientan (se alteran) mis nervios”. Le digo: “¿sabes cómo lo veía en el hospital?, ¡cómo lloraba yo!”. ¡Cuánta sangre le estaba saliendo y apestaba! Él estaba gritando: “¡Ay mamacita linda, llévame mamacita linda porque ya no soporto este dolor!”. Pues claro, cómo no se iba a quejar si solo le quedaba el puro hueso. Los doctores lo vendaban, pero cuando amanecía otra vez tenía dolor: “¡uay, uay, uay!”. Iban y venían los doctores y yo les decía: “está gritando de dolor ¿qué le van a hacer?” y le ponían medicamento por medio de su suero.

**Don Chelín:** Primero, me cortaron mi dedo pequeño del pie.

**Librada, hija:** Me parece que mi cuñada estaba presente cuando le cortaron su dedo, me dijo: “ya le cortaron su dedo a tu papá”. Me puse a llorar y dije entre mí que no era justo. Ella me empezó a aconsejar: “¿qué más vas a hacer? Es su destino de él”. Yo seguía llorando y me dijo que me calmara porque si mi papá me veía así, de seguro se alteraba. En el Juárez le cortaron el dedo. Según pensábamos que ya estaba bien, está de Dios. Yo pensé: “ni modos, si es para que quede bien hay que aceptar que le quitaron el dedo, era peor que le quitaran toda la pierna”.

**Don Chelín:** Pero la infección cruzó hasta por arriba del pie, cuando pasaron cuatro días ya estaba todo podrido, toda la carne, nada más el hueso quedaba. Todavía se lo dije al doctor, le dije que no estaba bien, que me estaba doliendo y me dijo: “no, ya se quedó bien”, “¿cómo va a quedar bien si me está doliendo? Si no me doliera te lo diría”. Me mandaron a mi casa.

**Librada, hija:** Ese día le dije al doctor: “¿cómo le va a dar de alta a mi papá?, mire cómo está infectado el dedo”. De hecho se veía infectado el dedo, ya estaba todo negro y él no aguantaba el dolor. Como tres días hizo acá en la casa cuando de repente empezó a chorrearle la sangre de su pie porque ya se había echado a perder. Entonces, tuvimos que llevarlo al hospital.

**Don Chelín:** Una noche me estaba doliendo mucho y les pedí que me llevaran otra vez al hospital. Me llevaron al Juárez.

**Librada, hija:** Yo estaba molesta porque mi papá no tenía nada de mejoría, entonces hablé con mi mamá: “yo ya no me encargo de trasladar a mi papá”. Quizás no nos hacían caso porque solo éramos los hijos. Le dije a mi mamá: “esta vez yo no voy, que lo lleve usted”, “ni modo, ya que no quieren ayudarme con su papá pues ¡yo lo voy a ver, si se muere me muero junto a él, porque por mis nervios no puedo viajar!”. Así mi mamá se despidió de nosotros y dijo: “a ver si regreso o me quedo con su papá”.

No venía a Kinchil, sólo le llevábamos su ropa, ella buscaba dónde bañarse. Como ella no es callada, es de hablar, con cualquiera hacía amistad, me contó que se acercaba con las señoras y le preguntaban: “¿ya comiste?”, “no, no he comido pero no tengo dinero” y entonces la invitaban a comer y así, así hasta que lo operaron. Cuando regresó aquí ya le habían cortado su pierna, porque después de que le quitaron su dedo le avanzó más, se le infectó.

**Doña Basilia, esposa:** Solo yo estaba con él. Me fui con él desde que lo ingresaron en Umán, no regresé a mi casa porque yo padezco de los nervios y no puedo viajar mucho.

En Umán estaba junto a él, lo estaba viendo. Después, cuando nos llevaron al Juárez, estaba junto de él. Pues lo bueno del Juárez es que te dejan estar junto de él, allá me dormía, me sentaba en una silla.

En Mérida ni un peso tenía en mi cartera, ni un peso porque ninguno de mis hijos me iba a ver. Entonces, había una señora que tenía ingresado a su esposo también, en el mismo pabellón donde estaba el mío. El hijo de esa señora trabajaba en una fonda que no estaba muy lejos del Juárez y le llevaba comida a su mamá. La señora me decía: “¿usted ya comió, compañera?”, “¡hay Dios! nada, hasta ahorita nada porque no tengo dinero para comprar comida”, “ven a comer, vamos a comer”. Así almorzaba, así cenaba.

También me llevé con una muchacha y con ella me iba a bañar en un albergue cerca de allá. Era una casa para todos los que tienen familiares en el hospital. Pagabas \$5 y te bañabas, pero si querías quedarte a dormir pagabas \$20. Iba con esa muchachita y ella pagaba mi baño. Enfrente del Juárez había un lugar donde vendían comida, entonces iba y le decía a la señora: “¿quiere que le ayude a lavar los trastes? Porque no tengo dinero para comprar comida, aunque sea un poquito de comida que me regale”, “pase usted”, empezaba a ayudarle a lavar los platos y después me regalaba mi comida. Así pasé los días, tres semanas. ¡Sufre uno!, ¡sufre uno!

**Don Chelín:** Pero ese día que fui no me cortaron mi pie, esperaron ocho días más. Yo sufrí más de quince días con el dolor. Entonces, se pudrió todo hasta mi rodilla y no aguantaba el apeste, me dio tristeza. Esa vez mi azúcar llegó a 800, nadie lo podía creer. Yo sentía que estaba girando el cuarto y decía: “todavía están viendo que mi azúcar está en 800 y no me hacen caso”. Me estaba peleando con los médicos. Mi azúcar llegó a 800 por el dolor, por el pensamiento de ¿cómo voy a quedar?, ¿cómo voy a vivir?

**Doña Basilia, esposa:** Se le subió su azúcar pero claro, con el mismo dolor y la desesperación, se le tenía que subir su azúcar. Aunque, le estaban dando medicamento no le baja. Yo le empecé a dar unas medicinas que ya le habían recetado y eso empezó a tragar cuando vimos que ya se le estaba bajando poco a poco su azúcar.

**Librada, hija:** Yo no iba a ver a mi papá, no tenía dinero. Si nosotros también con trabajo vivimos, a veces, mi esposo no trabaja sólo se dedica a tomar: “¿cómo le voy a ayudar con dinero a mi mamá?”. Mi mamá estaba girando de un hospital a otro, como me pasó a mí. Un día fui a verla a Mérida y le pregunté: “Mami ¿ya operaron a mi papá?”, “todavía, ya tu papá no aguanta más”. Cuando vi a mi papá estaba flaco, decaído, con su pierna vendada manchada de sangre. Una señora me dijo: “entra a hablar con el director, hablas y le dices que si no van a operar a tu papá lo vas a acusar de negligencia médica”.

Creo que era mejor que los doctores sean claros, que nos hubieran dicho: “es mejor que se le quite todo el pie, con solo quitar un dedo no remediamos nada, mejor que se quite todo el pie” y así mi papá no sufría tantos días. Mejor que se cortara todo el pie y ya estuvo ¿para qué tanto sufrimiento? pero como ellos no lo sufren.

**Don Chelín:** No dormía nada y para fregar no me daban de comer. Cuando me ingresaron me dieron una cama que estaba al final del pasillo, no llegaba la atención. Yo empecé a decirle al doctor: “¿por qué me votaron de último? Si tengo seguro, ¿por qué me votan? Si esto sigue así voy a hablar a un periodista para que yo le explique qué me están haciendo”. Lo oyeron y me pasaron en medio. Me preguntaban: “¿cómo estás?”, “siempre estoy fregado, ni aunque me pasen adelante me siento mejor... ¿por qué no me la quitan? porque eso me está matando”, “es que no tenemos la orden”.

Cuando ya no aguanté más le dije a mi esposa: “anda donde se juntan los médicos, hablas con el gerente, con los médicos, pregúntales si me van a curar o sólo a los ricos”. Entonces, ella tempranito a las seis de la mañana habló con ellos y les dijo: “tengo a mi marido ahí, ya se le pudrió su pie, apesta y no lo curan, lleva más de 15 días aquí, tres semanas lleva aquí y no lo han curado, hasta ya se empeoró”.

**Doña Basilia, esposa:** Porque yo fui a pelear con los doctores y les dije: “¿porque somos pobres nos tienen abandonados? Él está sufriendo, yo también estoy sufriendo junto a Él”, “no se preocupe hija, lo que estamos tratando de hacer es bajarle su azúcar para que le puedan cortar su pierna”.

**Don Chelín:** Entonces, el gerente fue a verme y se asustó de ver cómo estaba. Yo le dije que para eso había mandado a mi esposa, para que vieran que no estaba mintiendo. Y me dijo: “hoy en la noche, a las ocho vas a entrar a quirófano y saldrás como a las nueve. Ahorita te van a checar tu sangre, tu corazón y todo”. Me trajeron una máquina, me empezaron a checar y me dijeron que estaba bien del corazón. Era un viernes y el médico dijo bien porque a las ocho de la noche los camilleros me fueron a buscar para llevarme al quirófano.

**Doña Basilia, esposa:** Entonces, se decidieron a operarlo, tenía 400 de azúcar cuando lo operaron. Los doctores nos dijeron: “ya no vamos a aguantar más porque si esperamos que pase el tiempo la herida va a avanzar más, mejor hay que cortarlo, ¿lo firma usted?” Ni modo que diga que no, si sólo yo estoy allá. Nomás él y yo, pues tuve que firmarlo. Lo firmé y pensé: “a la bendición de Dios, o vive o se muere pero yo ya lo firmé”. Después de que lo firmé entonces lo llevaron para que lo operen.

**Don Chelín:** Le dije a mi esposa: “espérame acá y en una hora estoy de vuelta”. Ella estaba llorando y le dije: “no llores, lo que está perdido es el pie, no hay peligro, nomás lo cortan y ya”. Para ese entonces mi azúcar ya había bajado a 300.

**Doña Basilia, esposa:** Como a las 11 de la noche lo operaron, dieron las 12 y no regresaba. Una señora me dijo: “cuando a mi marido le cortaron no tardó en el quirófano”. Yo lo estaba pensando y me estaba alterando más. Empecé a pedirle por él a la Virgencita de Guadalupe, porque ya se acercaba el día 12 de diciembre. A él lo operaron el ocho de diciembre y el 12 le dieron de alta. Como había una virgencita en el hospital, allá me iba por las noches y le pedía que lo salvara. Desde que lo metieron al quirófano para que lo operaran, me quedé cerca de la cama donde siempre había estado.

**Don Chelín:** Me llevaron al quirófano y me pusieron la anestesia. Yo pensé que me iba dormir y no iba a sentir nada, pero sientes que te tocan. Me pusieron una manta y estaba viendo que me corten la pierna con una máquina, como con la que cortan madera, la rebanaron y luego, la tiraron. Me costuraron y le dije al médico: “¿pueden llevarme a mi cama?”, “aguántate, no te vayas a desmayar”. Pero si ya me habían quitado lo peor, ya ni apestaba ni nada pero me dijo: “aguántate, tienes que esperar una hora o dos para ver si no te desmayas”, “pues si no me desmayé cuando me la estaban cortando pues ahorita menos”, como tenía la anestesia no sentía nada. Cuando pasó el efecto de la anestesia, después de una hora, no buscaba qué hacer y me pusieron otra medicina y me calmé.

**Doña Basilia, esposa:** cuando lo cortaron una noche sufrió dolor, en que se le pasó la anestesia empezó a darle dolor otra vez, lo inyectaron y se calmó su dolor.

**Don Chelín:** Cuando me quitaron de recuperación, me pasaron a mí cama y mi esposa estaba allá, esperándome. Como antes de la operación no había dormido por el dolor que sentía, cuando llegué a mi cama me agarró el sueño. Amaneciendo me pusieron una bolsa de sangre. Me dijeron: “el lunes ya estarás afuera”, “¿será posible, si no ha sanado mi herida?”, “tienes que irte, aquí está muy peligroso, hay mucha enfermedad, cuando llegues a tu casa tienen que limpiar diario tu cuarto, y debes ir al seguro para que te hagan las curaciones; ya cuando pasen dos meses ya habrá sanado y cerrado tu herida”. Después de que me cortaron la pierna tres días no comí nada. Se me quitó el apetito pero como tenía suero, el suero se gastaba. Pues no sentía hambre y le pregunté al doctor: “¿será que está bien que en tres días no he comido?”, “es mucho mejor, ya te checaron y estás bien”.

**Doña Basilia, esposa:** Creo que pasaron cuatro días después de que lo operaron cuando le dieron de alta. El día 12 de diciembre me dijo el doctor: “doña Basilia, ya le vamos a dar de alta a don Leovigildo, apenas haya ambulancia le avisamos y los llevan a su

pueblo pero primero lo van a pasar en Umán”. Fuimos a Umán, le checaron su pie y después nos trajeron acá. En el Juárez hay más atención que en Umán. En Umán casi no hay, allí te mueres.

**Don Chelín:** Me sacaron del hospital, hice tres días más y me echaron a la calle. Pero tuvieron razón, a los dos meses ya se había cerrado mi herida, hasta se asustó la enfermera y me preguntó que cómo lo había hecho. Una vecina de aquí me vendía una clase de medicina natural, unas cápsulas y unos polvos que hicieron que mi herida se secara rápido.

Ya tiene siete años en que me la quitaron, fue un 11 de diciembre pero no lo debí perder porque era una herida chica. Pero ya estuvo, ya la perdí. Me tengo que conformar con mi pie derecho nada más.

**Librada, hija:** Gracias a Dios por fin le cortaron su pierna. Le quitaron una parte de su cuerpo, lo tenía que llorar, lo tenía que pensar. Cuando se la cortaron, su herida no tardó en cicatrizar porque ya le habían quitado todo el mal. Cuando le quitaron sus puntos la enfermera nos dijo: “reaccionó bien porque hay heridas que cuando se les quita los hilos, se abren y entonces otra vez se forma la materia (pus)”. Pues él gracias a Dios rápido quedó bien.

**Don Chelín:** Cuando salí del hospital me trajeron a Kinchil pero no me quedé en ésta casa, me quedé en la casa de mi hija, en esas casitas que están camino a Tetiz. Como la casa está chiquitita rápido la trapeaban y tenía baño. Dos meses hicimos allá mi esposa y yo. Pero no me acostumbé a vivir allá porque como está rodeado de monte pues no tenía con quién conversar, me sentía triste. Pues un día salí con mi esposa a pasear al parque y le dije: “mejor vamos a la casa, luego vas a buscar mi hamaca”. No volví.

**Librada, hija:** Los primeros meses estuvo en mi casita rumbo a la salida de Tetiz. Lo llevamos allá porque había baño, el piso es de loza, estaba limpio y no había polvo. Aquí tenía sus animales y los doctores nos dijeron de plano que no podía estar en lugar así. Pero cuando cicatrizó su herida dijo: “ya me voy a mi casa”.

Los primeros días, después de que le quitaron su pierna, él lo sentía mucho. Veíamos que estaba decaído, no quería comer, estaba llorando. Estábamos detrás de él, le explicábamos que ni modo, a cualquiera le duele pero la vida tiene que seguir. Tuvimos mucha paciencia, lo llevábamos a su curación. Cuando la enfermera lo iba a curar nos dijo: “aquí no debe entrar nadie, solo él va a estar en su cuarto y la persona que lo va a atender. Su cuarto se va a trapear tres veces al día con cloro para que no entren microbios, para que la herida pueda cicatrizar rápido”. Así lo hicimos, diario por la mañana lo llevábamos a su curación y en la tarde yo lo curaba.

**Doña Basilia, esposa:** Don Chelín se deprimió porque le daba su comida y no quería comer. Cuando me daba cuenta ya tenía diarrea o calentura. Cuando se enfermaba, mi hija y mi nuera lo subían a su silla de ruedas y lo llevaba al seguro y allá lo inyectaban.

**Don Chelín:** Como no quería comer le dije a mi esposa: “mejor hazme pozole como antes”. En eso pasó una persona que vendía venado y lo compré, entonces de eso agarré comida otra vez. Porque estaba provocado de tanto pollo sin sal, me daban el pollo y no estaba cocido, estaba rojo, eso provocó a mi estómago

**Doña Basilia, esposa:** Yo le empezaba a explicar: “no te dejes vencer porque no tienes un pierna porque no es usted el primero al que se la quitan. Te comprendo, duele pero ¿qué más? Es el destino”, “¿qué vamos a comer, cómo vamos a vivir?”, “usted no se preocupe, mientras yo esté bien y no esté enferma vamos a vivir, con un poco de lavado ajeno que yo haga pues así tendremos que comer”. Pues así, a veces mis vecinos me decían: “¿hace mi lavado?” y lo hacía. Me decían: “¿hay me cocina?” les digo que sí.

**Don Chelín:** Cuando me fregué, me sentí otra persona. Es como a un hombre que se le murió la mitad de su cuerpo, así estoy. Me sentía mal porque me quitaron mi pierna y no podía trabajar, y decía: “¿cómo voy a vivir?, ¿qué voy hacer?, ¿cómo voy a ganar dinero para vivir?, no puedo trabajar”. Esa fue mi preocupación, casi me encapricho.

**Doña Basilia, esposa:** En que le cortaron su pierna empezó a pensarlo y le dije: “¿por qué lo piensas?, ya te lo quitaron, ahora cuídate, no te desanimas ¿para qué te vas a encaprichar? No debes encapricharte, hay que salir adelante”. Poco a poco se fue animando, empezó a comer otra vez y cuando me di cuenta ya se estaba recuperando, así ha estado hasta la fecha.

Por otro lado, yo me sentí mal porque lo que pensé fue: “¿y ahora quién me va a dar dinero?, ¿quién me va a mantener?”. Porque antes le decía: “viejo no tengo ni un peso ¿cómo lo vamos a hacer?”, “no le hace, anda a deberlo, voy a salir a taxear”. Cuando regresaba me decía: “¿cuánto debiste?”, “\$40”. Pero cuando lo de su pierna pensé: “¿y ahora quién me va a traer dinero?, ¿a quién se lo voy a pedir?”. Amanece y no tengo dinero, eso sí me dolió mucho. Pero como yo me llevo con todos pues todos me dan un poquito de comida, me traen mercancía.

También salíamos al parque, lo llevaba al parque y como tiene sus amigos le regalaban \$10, \$5. Pues no faltaba quién y cuando llegábamos a la casa le decía: “vamos a comprar algo para comer”. Porque acá viven mis hijos pero tampoco me puedo colgar de ellos porque la verdad está dura la situación. Como ellos tienen chiquitos, pues no alcanza, no alcanza. Nada más cuando hay, pues nos invitan a comer, pero cuando no hay, no hay.

Pero compré 10 gallinas de engorda y empecé a criarlas para cuando no tengamos que comer. Ahora, si no hay nada que comer tuesto dos tomates, voy a bajar el cilantro porque él lo siembra, apachurro el tomate, le pico el cilantro y nos sentamos a comer con tortilla. Creo que ya pasaron más de ocho años en que le cortaron su pierna.

**Don Chelín:** No tenía el dinero de mi jubilación. Pero como Dios es bueno pues venían mis primos y me traían hasta \$50 ó \$100. Hay quienes traían mercancía, me venían a ver y me ayudaban aunque sea con \$10 ó \$20. Después de eso se me quitó el pensamiento, pues no hay como Dios.

Así pasó un año, hasta que empecé a salir y empecé a conversar con los compañeros, a platicar lo que me pasó. Salgo y empiezan a acercarse a conversar conmigo, son mis amigos, son trabajadores del cítrico. Cuando hacen junta del cítrico, voy porque está mi nombre y me dicen: “¿qué sales a hacer?” y les digo: “es mi cítrico, está a mi nombre, tengo que presentarme”, “pues cuídate, no te vayas a caer”, “dice el dicho que nadie tiene comprada su vida”. Pues así pasaron los días y los meses hasta que llegó mi jubilación. Ahora estoy más contento y seguro, no pienso nada más, aunque no complete pero cuando menos tenemos algo.

**Doña Basilia, esposa:** Después de un tiempo la gobernadora le dio su moto. Como yo iba a los mítines del Partido Revolucionario Institucional (PRI) una vez pude hablar con ella y le pedí una moto para mi esposo, ella me dijo: “¿la sabe manejar?”, “no la sabe manejar pero él aprende”. Entonces, metimos la solicitud en el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y después de un año nos avisaron: “llegó la moto de don Chelín, ya llegó, ¿quién la va ir a buscar a Mérida?”. Una muchachita que también es discapacitada le enseñó a manejar. Una semana nada más le enseñaron, ya después lo llevaron a Mérida y le hicieron una prueba para ver si la sabía manejar. Ya después vino manejando su moto desde Mérida.

**Don Chelín:** Tiene tres años ahorita que pasó la gobernadora, le solicité mi moto y me la dio.

**Librada, hija:** La moto que le regalaron es una ayuda porque cuando no hay leña nos dice: “vamos a leñar”. Él nos lleva, con mi cuñada, nosotras sacamos la leña y Él lo acarrea. Se distrae porque es feo que esté tirado solo en su hamaca y esté deprimido.

## Historia de la segunda complicación, pie derecho salvado

**Librada, hija:** Como mi esposo no tiene un trabajo fijo en el que gane dinero suficiente, pues cuando me ofrecen trabajo acepto. Ese día un señor nos contrató a mi cuñada y a mí para ir a bajar chinas en su cítrico. Mi papá nos llevó en su moto. En ese tiempo no entraba la moto hasta donde íbamos a bajar las chinas porque el camino estaba feo. Mi cuñada le dijo: “váyase porque al rato va a calentar el sol y le puede hacer daño, y como está solo ¿quién le va ayudar a girar su moto?”, “no me voy a ir, me quedo, les espero acá”.

Nos tardamos porque ese día bajamos como 20,000 chinas entre cinco señoras. Yo estaba con el pendiente, le dije a Teresa: “¿será que no ha salido el sol ahí donde está mi papá?, ¿qué estará haciendo?”, “quién sabe pero tampoco podemos salir porque si salimos nos vamos a atrasar porque está a más de tres kilómetros”. Cuando salimos estaba en el lugar donde lo dejamos. No pensamos nada malo.

De repente cuando se subió a la moto vi que su dedo estaba diferente pero no le dije nada. Luego, empecé a sospechar porque se acostaba en su hamaca y tapaba su pie. Tres días nos llevó a bajar chinas a pesar de que su pie se veía raro. Cuando se lo vi ya le había salido una ampolla a su pie.

De eso dijo mi mamá: “Ahí está, por ir a ganar un poco de dinero otra vez ya se lastimó su papá ¿Qué va a decir tu hermano? Otra vez se va a molestar”. Pero yo le dije: “nosotras no sabíamos, además él ya vivió una primera experiencia, ya vivió dos experiencias. Él debe saber que cuando le pase algo tiene que decirlo, no tiene que esperar días para que lo diga. Porque a un diabético con una llaguita que tenga, por más chiquitita e insignificante que sea enseguida corre. Pero él no lo decía”. Le empezó otra vez. Esa vez yo no me metí. Mi cuñada se hizo cargo, ella lo llevaba diario al seguro para su curación, pero cuando ella no podía yo lo llevaba. Mi cuñada también le hacía sus curaciones. Pues tantas cosas que hemos vivido, como que vuelves a vivir lo mismo que ya viviste. La primera vez que se lastimó, cuando le cortaron su pierna, sólo yo le hacía las curaciones. Pero ésta vez yo no se lo agarré, solo mi cuñada, ella lo llevaba a sus curaciones. A veces él iba sólo y los doctores lo regañan porque no debe ir solo.

**Don Chelín:** A veces, iba sólo. Me preguntaban “¿viniste solo?”. Es que tenía que ir diario y me curaban en la mañana y en la tarde, dos veces al día, si no lo curaba yo. Pero me fastidié y dejé de ir. Un año lo traté en el seguro y no mostró mejoría. Me fastidié, dejé de ir al seguro porque veía que mi pie no estaba sanando. Fue traicionero porque solo por encima se cerró, pero en que me bañaba se desfondó mi dedo otra vez, estaba como nuevo, no se levantó el tejido.

**Librada, hija:** Quedó bien pero no tardó y se volvió a perforar otra vez. Mi mamá lo regañó: “tú ves que ya quedaste bien y andas en el solar, ya ves que otra vez volviste a lastimar tu pie”. No sanó, encima si se formó pero por dentro no. Se estaba comiendo por dentro, es como una cosa que se está cascadeando y cuando se empieza a desfondar, se abre; por eso, así de la noche a la mañana se formó el agujero otra vez. Mi papá decía: “¿qué voy a hacer?”.

**Doña Basilia, esposa:** Su otro pie se llagó también y estuvimos sufriendo un año porque no sanaba. Me daba desesperación ver cómo estaba. Me ponía a pensarlo: “¡juay, Dios mío, no va a sanar, se lo van a quitar!”. Él no quiso ir al hospital, decía: “ya no voy al hospital aunque esté mal mi pie, yo no voy. Si me tengo que morir me muero pero con mi pierna” y le decía: “pero señor, ¡mira como está!”.



**Librada, hija:** Entonces, lo dejamos de llevar al seguro y fue cuando le comenté a mi mamá que doña Gloria vendía *Omnilife*<sup>66</sup> y que eso le podía hacer bien. Entonces, doña Gloria vino a ver a mi papá y le recetó unos productos. Cuando esa señora vio el pie de mi papá dijo: “eso no es nada, sí queda bien” pero tuvieron que tener paciencia porque con eso filtraba la materia, lo malo, chorreaba y ella decía: “no se asuste porque está sacando todo lo malo”.

**Don Chelín:** Hice que fueran a buscar la medicina de *Omnilife* porque acá no había, sólo en Mérida. Doña Gloria, la que me surte las medicinas, vive en Mérida. Entonces, empecé a tomarlo. Hay a quien no le conviene, hay quien no lo cree, hay quien dice que está caro y por eso no lo toma. A mí me hace bien. Muchos me preguntan: “¿qué te sanó?” y les digo: “la verdad tuve que comprar medicina carísima y sanó”. Cuando estaba llagado mi pie tomaba hasta 15 medicinas al día porque doble estaba tomando, una para mi pie y la del control. Hasta no buscaba mi esquina pero, ahora es poco.

Pues ahorita estoy tranquilo, hace un año me pasé a morir por mi pie, pero hoy ya me recuperé. Hace un año estaba muy fregado, no tenía ni ánimo para salir, para trabajar, para nada, no me movía de mi hamaca. Estaba pensando en mi pie porque me dijeron que me lo iban a quitar también, pero ahora ya estoy bien.

Pues me iban a cortar mi pie derecho pero no quise por la chinga que llevé cuando me cortaron la pierna. Entonces, para que sanara mi pie tuve que comprar esa medicina. Si quiera lo salvé, me dijeron que me lo iban a quitar y gracias a Dios lo salvé. Porque a muchos de mis compañeros se los quitaron, a ese señor don Pedro le quitaron sus piernas pero es porque no creyó en la medicina o porque está caro, no sé. Yo hasta hoy la tomo.

Tomé cajas y cajas de los productos de *Omnilife* para curar la llaga de mi pie. Tomé litros para que no se infectara, para que se curara. Hacía un preparado con dos sobres y se lo ponía a mi pie. Toda la noche me estaba ardiendo, no me dejaba dormir pero se estaba secando. Ellas no lo creían y me decían: “se está empeorando más” y les decía: “no se está empeorando, está sacando lo malo, vamos esperar dos meses y medio o tres meses y van a ver que se seca”. Doña Gloria me dijo: “cuando mucho puede durar tres meses pero tienes que tomarlo y curarlo dos veces al día”.

**Librada, hija:** Si sanó, tuvo fe. Él mismo preparaba su medicina, sabía a qué hora lo iba a tomar, cuál iba a tomar, él lo preparaba, estaba pendiente de su medicina, estaba muy atento. Le puso empeño y le puso fe, él mismo pensó que si le cortaban su otra pierna iba a acabar peor. Estuvo en tratamiento tres meses con esos productos pero aparte tomaba las medicinas que le daban en el seguro. Mi papá tomaba los dos tratamientos, el de *Omnilife* y el del seguro.

Mi cuñada iba al seguro y pedía gasas y guantes. La enfermera le preguntaba: “¿por qué ahora ya no viene don Chelín?”, “es que no quiere venir”, “no importa mientras él se cure su casa, está bien”. Yo le decía a Teresa: “me da no sé qué así ver que lo cures”.

Porque la primera vez que le pasó lo de su pie yo tuve que curarlo. Diario le curaban su pie. Ahora cuando no podía Teresa yo le ayudaba, sino mi papá lo hacía. Mi mamá no pudo agarrarlo, decía: “no lo aguanto, sólo de verlo me empiezo a sentir mal”. Pues sanó su pie de mi papá y cuando la enfermera lo vio se asustó, no podía creerlo.

**Don Chelín:** Aquí en el seguro hay una enfermera que es mi medio amiga y me daba las gasas y los guantes. Cuando se gastaban pedía más y siempre me los daba. Cuando sanó me dijo: “¿dejaste de usar gasa?” y le dije: “pues gracias a Dios ya sanó”, “¿y cómo lo hiciste?, ¿por qué no me lo trajiste para que yo te lo cure?”, “es que tal vez ya

---

<sup>66</sup> Es una marca de “suplementos dietarios [...] vitaminas líquidas y en polvo, en lugar de tabletas [...] pionero de la suplementación líquida”, disponible en línea: <http://www.omnilife.com/front/historia.php> [Consultado el 3 de junio de 2014].

te habías fastidiado de mí”, “no, como cree, es mi trabajo”, “pero ahora ya me salvé”, “que bueno, ¿cómo lo hiciste?”. Le empecé a explicar y me dijo: “no lo creo” y le dije: “no importa que no lo creas, lo bueno es que ya quedó bien”. Si hasta aparecía el hueso y pensé que no se iba a curar pero sí se curó.

Muchos compañeros me preguntaron: “¿cómo te sanaste?” y les dije: “con fe y con paciencia, tienes que curarlo, tomar la medicina no solamente comprarlo, no es sólo asentarlo en una mesa, tienes que tomarlo, curarlo.” Hay una clase de polvo que es como la penicilina. El primer día no dormí, amaneció ardiéndome, el líquido chorreaba y pensaba “se está empeorando”. Era como aceite, era todo lo que estaba malo y eso estaba sacando.

## **Herpes en todo el cuerpo**

**Librada, hija:** Después de lo de su pie que se le curó, a mi papá le salió herpes en todo el cuerpo. Dicen que fue secuela de la diabetes. Cuando vi que le estaba saliendo, le dije: “¿qué tienes papi?”, “no sé que tengo, ¡siento que me arde todo lo de acá!”, “¿no será que se le pegó chile en su ropa y por eso le está ardiendo?”. Le dije a mi mamá: “que lo llamee mami, puede ser que es chile lo que tiene mi papá”, lo lamió y dijo: “no pica ¿quién sabe qué es?, no pica”.

Dijo mi papá: “mejor llévenme al seguro”. Entonces mi mamá, mi cuñada y mi hermanito lo llevaron al seguro, en moto taxi. Cuando regresaron nos dijeron: “es herpes”. Mi mamá no pudo dormir ese día, me decía: “por tu culpa me va a salir en la boca esa porquería porque dice el doctor que es contagioso”. No durmió, sólo estaba pensando en qué momento le va a salir el herpes en su boca. Luego dijo: “yo no lo voy a agarrar porque el doctor dijo que es contagioso lo que tiene, ¡que lo atiendan ustedes!”. Ella es muy caprichosa.

**Don Chelín:** Me unté agua, no aguantaba, me estaba ardiendo. Me quejé toda la noche. Otra cosa me está pasando, mejor me muero, le digo a mi esposa. Separaron mi ropa, mi taza, mi jabón, mi cubo donde me baño. Tenían miedo, es contagioso y se lo podía pegar a todos. Es que eso sale cuando están bajas tus defensas, por eso sale.

**Librada, hija:** Mi mamá siguió al pie de la letra las instrucciones del doctor. Ella no dejaba que se le acercaran sus nietos, les decía a los chiquitos: “no se acerquen a su abuelo porque les va a contagiar”. Ella nunca lo agarró, nunca lo curó porque le salieron como quemaduras y estallaban. Mi cuñada y yo lo curábamos. No lo podíamos agarrar, con guantes. Otra vez, tuvimos que ir a pedir guantes al seguro. Con guantes y con puro cotonete, no directamente con la mano, con el cotonete lo limpiábamos y con aloe vera.

**Don Chelín:** Me llevaron con un doctor particular, me dio una medicina y me dijo: “eso no te lo va a sanar, es nada más un remedio” y yo le dije: “¿para qué chingados vine contigo entonces?”. Le hablé a la señora que vende *Omnilife*, consultó con un médico y me trajo mi medicina, pasaron ocho días y mi piel quedó seca, sólo me quedó la infección.

**Librada, hija:** Eso ya tiene un año que pasó, fue en julio del año pasado. Pues ahorita ya está bien gracias a Dios, no tiene ni un problema.

## **Situación actual**

### **Un día normal en su vida**

**Don Chelín:** A las siete de la mañana salgo a trabajar en mi solar. Desayuno por ahí de las ocho, a las ocho vengo a tomar mi avena y, luego me voy un rato más porque se calienta el sol. En que deshiero hago ejercicio, tengo que hacer ejercicio para que tenga movimiento. Así mi terrenito está limpio, ya como a las 10 o 10:30 de la mañana ya lo dejo y hasta al día siguiente. Entro a descansar a la casa y en la tarde vuelvo a salir.

No como antes, ya no hacía nada, estaba enfermo de mi pie, no tenía ganas de trabajar hasta que empecé a tomar la medicina, como es vitamina me dio ánimo y me levantó. Me ayudó a salir, en eso se me van las horas. No me quedo en la hamaca porque si no pienso cosas que no debo de pensar.

Esta vez hice dos gallineros para mis gallinas y me dicen: “¿cómo lo vas a hacer?”, pues hay que ver cómo hacerlo. Les hice su gallinero para que yo haga mí sembrado por acá porque si no las gallinas se lo comen. Hace un año así que estoy saliendo a trabajar, a deshierbar, hago cualquier cosita, salgo a poner la manguera a las flores, pues con eso me distraigo un rato así.

Como por ahí de las tres de la tarde y listo. A veces, más en la tarde como cositas como una torta de jamón y ya estuvo así. Pero desayuno mayormente a las nueve o 10 de la mañana. Así pasan los días.

Pues, cuando alguien tiene tiempo mete mi baño como a las tres de la tarde o, a veces, hasta las cuatro. Yo solito me baño. Me llevan mi ropa y todo. Hace como un año en que me enfermé, me empujaban mi silla de ruedas para que yo entrara al baño porque no tenía fuerza en el pie derecho, pero hoy como ya estoy bien hasta me paro para ponerme mi ropa. Me paro, me pongo mi ropa y mi camisa. Ahora solito me subo a mi hamaca, de antes no, me tenían que ayudar.

**Doña Basilia, esposa:** Él se baña solito. Antes, cuando le acababan de cortar su pierna y estábamos en la casa de mi hija, yo tenía que meterlo y sacarlo para bañarlo. Es que como te dije vivimos como tres meses en la casita de Infonavit de mi hija. Lo bañaba en su hamaca porque le compré una bañadera grande. Cuando lo terminaba de bañar, lo secaba muy bien y después, le poníamos su *Kleen bebé* (pañal desechable) para que no lo levante para ir al baño.

Después de eso creo que a los dos meses empezó a sentarse en su silla de ruedas. Ya después, empezó a manejar el mismo su silla, ahora él sale, entra y se baña solito. Solito se baña, no hay necesidad de ponerle nada. Nada más le meto su agua.

**Don Chelín:** Me duermo como a las 10 o las 11 de la noche, hasta que los chiquitos se acuesten. Eso sí, no se despiertan pronto, se levantan por ahí de las 9 de la mañana, como en la tarde se van a la escuela pues hay tiempo para que duerman. Así es la vida de nosotros.

Pues así, así me pasan los días, los meses, los años. Hay momentos en que me medio fastidio sentado en mi silla de ruedas, me canso, entro a la casa y se me pasa el tiempo. Hasta hoy no me quedo en mi hamaca busco algo para distraerme, para no pensar nada malo. A veces, cruzan unos señores que me conocen y me dicen: “¿qué pasó, cómo estás?”, “bien, estoy perdiendo el tiempo”, empiezo a conversar con ellos y me dicen que no me desanime.

A veces, llevo a mi hija y a mi nuera en mi moto para que bajen chinás (naranja dulce), bajan como 200, es para que coman los chiquitos. También las llevo a leñar. Las llevo y les digo: “ustedes van a cortar”, lo suben y lo traemos. A veces, doy dos vuelta con la leña. Cuando no tienen leña me dicen: “vamos a leñar”, “vamos”, me subo y ¡jálale!<sup>67</sup>

**Librada, hija:** Cuando vamos al cítrico, él no se queda sentado. Mientras nosotras estamos bajando chinás, él está chapeando. No se sienta, así se distrae.

### **Situación económica**

**Don Chelín:** Ahora estoy mejor, no tengo que pensar nada, porque antes no tenía pensión, estaba más fregado, ahora no. Me dieron la pensión porque trabajé en el ejido del henequén. Desde chico trabajé en el henequén y todo eso se archivó, eso no se puede borrar. Hasta que llegué a los 65 años me pudieron pensionar. Como yo era del ejido pues contraté a una persona que me ayudara y empezó a dar vueltas y vueltas en Mérida

---

<sup>67</sup> Expresión coloquial que hace referencia a la acción de realizar las acciones con rapidez.

hasta que sacó mis 500 semanas cotizadas y con eso bastó. Como un año estuvo trabajando y vino el resultado, ahorita ya tiene un año que estoy cobrando mi pensión, en julio del año pasado. Por eso ahorita estoy medio bien, aunque, no se complete pero cuando menos hay un poco de esperanza.

**Doña Basilia, esposa:** Dos años estuvimos luchando hasta que se logró que le dieran su pensión. Ya después, cuando empezó a cobrar estábamos contentos porque llega cada mes. Aunque sea poco y con trabajo nos alcanza pero es mejor que nada. Lo que nos dan de su pensión no nos alcanza, \$2000 al mes no nos alcanza, es muy poco. Pero yo tengo mis gallinas y cuando no hay para comer, pues mato una gallina y así comemos. Si no también lo fío y después de que yo cobre su pensión, pago mi deuda y me vuelvo a quedar otra vez sin centavos. Así lo hago.

### **Cuando se le sube el azúcar**

**Don Chelín:** El azúcar no mata lo que pasa es que te vuelve idiota, te hace hacer cosas. Cuando estaba ingresado en Umán había un señor que no buscaba qué hacer, parecía un loco. Yo le decía al doctor: “¿qué le pasó?”, “se le bajó el azúcar, vamos a ver cómo subirla”. Entonces, ese señor no se aquietaba, empezó a quitarse su ropa y lo amarraron. Le amarraron sus pies y sus manos. Estaba mentando madres también al médico, por eso lo amarraron. Le dije al hijo de ese señor: “¿por qué no le llevan una *Coca Cola* bien heladita? Con eso se sube el azúcar, tu papá no necesita que lo traigas para que lo maltraten aquí, con eso se sube”.

Está mal que se suba el azúcar. Cuando me iban a quitar mi pierna, mi azúcar llegó a 800 y no se bajaba. Estaba harto, 800 y no se movía, y decía: “ya me fregué”. Me llevaron allá al Juárez y lo mismo, me regresaron allá y puras vueltas y vueltas hasta que mi pie se pudrió y dije: “mejor que me lo quiten de una vez o el dolor me va a matar”. Pues me lo quitaron. Me la quitaron, fue para un viernes, amaneciendo sábado ya me la habían quitado. Nada más hice el sábado, el domingo y el lunes me sacaron.

El azúcar en un rato se te puede subir pero no te mata, solamente te friega. Si tu familia no sabe qué hacer está difícil. Cuando está baja es fácil subirla con la *Coca Cola*. Bajar el azúcar es lo que está difícil, tienen que darte algo para que se baje, tiene que ser despacio.

Hay días que me siento mal, me voy hasta de noche al seguro. Cuando se sube mi azúcar también mi presión sube y le pregunto al médico: “¿por qué se sube la presión?, ¿por qué se sube el azúcar momentáneamente?”. Me dice: “no debes escuchar disgustos o insultos, no debes escuchar pleitos”. Es el pleito de la calle, de los borrachos, es eso que lo altera a uno, que veas que se están golpeando, que se están sacando sangre. Pero hasta ahorita no hay nada que me altere.

A veces, se me sube el azúcar cuando escucho que muere algún valiente o con alguna noticia así. Se sube pero no tanto y entonces, se vuelve a bajar otra vez, no se sube demasiado.

**Doña Basilia, esposa:** Pero vamos a suponer, si tengo problemas con mi hijo no peleamos delante de él, nos apartamos y discutimos, donde está él no peleamos porque le puede afectar. Por eso, a veces, le digo a mi nuera: “¿sabes qué? Si tienes problemas con mi hijo ¡salgan, que peleen pero menos acá junto de donde está tu suegro, no me gusta!”. Si ni yo le doy problemas porque estoy viendo como está. El doctor nos ha dicho que a un diabético no se le debe dar problemas, debe estar tranquilo porque si le das problemas, se le sube su azúcar. Por eso está tranquilo, hasta la fecha estamos bien.

**Don Chelín:** Es que el azúcar así es, es cuidarse de no oír pleitos, de no ver accidentes, es que por los años que tienes, se debilita la sangre. Si no tomas vitaminas, te vas desgastando. A veces, hay problemas, está pensando algo uno. Por eso se desnivela su azúcar de uno, no queda fijo.

A veces, la sangre está débil sientes cualquier cosa y enseguida se sube. Si tragas el control y no comes muy pronto, el azúcar va bajando sin que te des cuenta. Cuando sientes ya tienes el dolor de cabeza porque se te está bajando. A veces, puedes sufrir hasta embolia. Pero entonces si tomas el control tienes que comer, puedes aguantar hasta 20 minutos o media hora, ya cuando comas se vuelve a nivelar.

De eso trata esa enfermedad, no debes pasar hambre. Aunque no comas mucho, aunque comas una torta, una manzana, un pedazo de sandía, se mantiene. Yo lo que tengo miedo es de la grasa pero, como yo tomo la contra de la grasa... cuando como cosas que siento que son grasosas entonces, tomo una medida de *Dolcevida* (suplemento alimenticio de *Omnilife*) dice que absorbe la grasa y te hace orinar.

**Librada, hija:** Esta vez se medio elevó su azúcar. Es que se envició mucho con su *Pepsi*, las veces que tomamos, él también toma.

A veces, se le sube por el coraje que hace. Se eleva su azúcar porque si quiere hacer algo y le decimos que no lo haga, hace coraje y eso hace que se eleve. Como por ejemplo, esta vez se iba a escapar otra vez, que iba a buscar leña y sólo iba a ir pero no lo dejamos. A veces, si no lo sacas con su gusto, con lo que él quiere hacer, hace coraje enseguida y eso hace que se des controle su azúcar, porque no lo sacas con su gusto.

### **Qué puede y qué dice comer**

**Don Chelín:** Allá en el seguro te dicen qué puedes comer, qué puedes tomar, no puedes tomar cosas dulces como *Pepsi* y cosas dulces, como por ejemplo, un atole, la horchata. No se puede tomar las cosas que lleven azúcar. Todo tiene que estar simple y debes comer poca sal. Ya lo tengo grabado porque voy a cada rato al seguro.

En el seguro me dicen qué puedo comer, verduras y todo eso. Eso nada más puedo comer, verduras y frutas. El veneno es la cochinita, es la grasa mejor dicho. Te recomiendan que comas puerco pero no diario, sólo una vez a la semana. Puedes comer pescado pero no debes comer el pellejo porque contiene grasa. El chayote, la calabaza, el tomate, la cebolla, todo eso te lo recomiendan. Entonces, después de comer sólo eso me llevo a fastidiar, mejor como medio variado.

**Doña Basilia, esposa:** Yo cocino y come con nosotros. Por ejemplo, hoy me dijo: “ya me fastidió el puerco. Ahora cómprame dos zanahorias y un chayote, eso voy a cenar al rato, así picadito lo quiero cenar, no quiero comer nada de puerco”. A veces, cuando quiere compro pollo, lo aso con un poco de pimienta, sal y verduras. Primero se come la verdura y en la noche come el pollito seco, con su avena o con agua.

### **Medicamentos que toma**

**Don Chelín:** De la glibenclamida tomo dos en la mañana, dos al medio día y una en la tarde, tomo cinco en total. De la metformina me tomo dos al día, una en la mañana y una en la tarde; pero casi no la tomo porque me daña. Me tienen recetado dos diarias, pero nada más una pastilla tomo al día. Aparte tomo los suplementos alimenticios, me dijeron que debo tomar hasta nueve de las tabletas del *Dolcevida*. Debo de tomar más medicinas, para la presión, la circulación pero dejé de tomarlos. Casi no los tomo porque consumo la vitamina. Cada sobre que tomo es doble vitamina.

Es que si tienes diabetes y no te cuidas, rápido te mata. Los controles que me dan en el seguro los tomo para que se baje el azúcar. Pero cuando los voy a tomar antes debo comer porque si no se me baja el azúcar. Cuando lo tomo se medio nivela, es como una lancha sobre el agua, así está esta cosa. Pero si no voy a comer mejor ni lo tomo porque si no me daña.

### **Relación con su familia**

**Don Chelín:** Mi esposa, mi hija y mi nuera, ellas se preocupan por mí, cualquier cosa que me pase ellas me llevan aquí al seguro.

**Doña Basilia, esposa:** Siempre nos llevamos bien, nosotros nunca peleamos, nunca nos insultamos, nunca jamás se puso celoso. Hoy cuando tengo ganas de ir a algún lado le digo: “¿sabes qué?, ya me voy”. Por ejemplo, si voy a salir de noche, le doy su cena, le acerco su bacinilla, le acerco su agua, le acerco de todo y ¡jala! me voy yo a pasear. Porque le digo: “si no salgo me encapricho”. Me encapricho porque estoy en mi casa pensando. A veces, no tengo dinero y si salgo, se me olvida. Cuando yo regrese me acuesto y me duermo.

Él está acostumbrado a ver que yo salga, pero se queda con mi nuera, no se queda solo. Cuando mi hija y mi nuera van algún lado yo no salgo, me quedo con él. Porque no puedo dejarlo solo, me da miedo que se caiga o que le pase algo.

Antes don Chelín salía al parque. Cuando yo me daba cuenta se levantaba temprano y se iba allá a la esquina, veía a sus amigos y empezaba a platicar con ellos. Ahorita ya tiene tiempo que no sale. Nunca va a la misa o a alguna fiesta, no quiere. Es diferente su pensamiento de él, católico es en su casa y adora a sus santos. Pero nunca va a la misa. En cambio ese don Pedro, bonito veo que lo sacan por su esposa, cuando hay gremios lo llevan a la misa. Él desde que está bien, nunca sale, no es de salir.

A su cítrico sí va. Para él estaría mejor que diario fuera, le gusta ir, se distrae. Sólo porque no tiene techo su moto, porque si tuviera se iría a tricitaxear. Pero necesita sombra porque como es diabético no le puede dar mucho sol.

### **Reflexiones con respecto a su enfermedad**

**Don Chelín:** Pues hoy me siento con ánimo para trabajar pero como no está completo mi pie, quiero hacer esto, quiero hacer lo otro y no puedo. Lo que puedo, lo hago, lo que no, no. Ahorita, estoy tranquilo, no hay nada que me duela. Claro que siempre lo tengo y si me quedo débil otra vez, se me va a presentar (las enfermedades) pero con la vitamina se detiene.

Todos tenemos la enfermedad. Lo que pasa es que si te encuentras muy débil o no te checan para que vean qué tienes, cuando te quieren checar ya está avanzado, ya no se puede curar. Tienes que ir con el médico para que vean si no tienes nada porque así como está, no puedes adivinar qué tienes.

Es que cuando eres diabético y no tomas nada de medicina ni de vitamina, toda la vida sientes dolor de hueso, dolor de cabeza, dolor de oído, a veces dolor de rodilla, nunca estás tranquilo. Pero con esta vitamina que tomo, ahorita casi no siento dolor. Un diabético siempre siente dolor. A veces, no dormía tranquilo porque sentía dolor, sentía que me dolía todo, me sentía entumido porque estaba débil. Antes así me pasaba pero ahora no, como estoy tomando vitaminas ya no me siento mal.

**Librada, hija:** Ya se empezó a motivar. Agarra y hace sus sembrados de rábano, de cilantro. No se acuesta para nada y mi mamá lo regaña: “estás viendo cuánta friega pasamos y no te cuidas”. Le digo a mi mamá: “Mami, para usted nada es bueno. Tiene razón, tiene que tener cuidado por lo que ya le pasó, pero ¿prefiere, que esté tirado en su hamaca, decaído, que caiga en depresión?” Ya vio qué les pasó a otras personas, se deprimen, se decaen y dirán: “la vida sin un pedazo de mi cuerpo ya no tiene sentido”. Sólo en eso piensan, no se distraen. Amanece y solo están acosados en su hamaca. En cambio él no, amanece y está andando, se distrae, siempre y cuando tenga cuidado. Mi mamá siempre lo regaña y lo desanima pero a él no le interesa y sigue haciendo las cosas.

**Don Chelín:** No me ha llegado la hora de Dios, no hay que desear morirse porque nosotros no mandamos, Dios manda en nuestras vidas. Hasta en tu hamaca te puedes morir, hasta aquí como estoy en la silla de ruedas me puedo morir pero no ha llegado mi

hora. A veces, los ricos no quieren morir por su dinero pero en cambio nosotros hasta las gracias le damos a Dios porque no tenemos dinero. Antes me sentía triste porque puro pensar hacía cómo voy a vivir. Pero hoy como estoy jubilado pues estoy un poco mejor.

Ya tiene un año en que estoy tranquilo. Antes amanecía y estaba decaído, triste, desanimado. Hoy no, cuando amanece tengo ganas de trabajar, le digo a ellos: “si yo estuviera completo, ¡no hombre! Trabajaría mucho”. Pero como desgraciadamente no puedo levantarme, hay otros trabajos que no puedo hacer porque no puedo pararme, porque si es tuviera completa mi pierna, pudiera trabajar normal. Pero así como estoy, trabajo cuando se puede, cuando tengo ánimo hago muchas cosas. Hay discapacitados con desánimo, yo los veo y les pregunto: “¿cómo estás?” y me dicen: “ni muy bien ni muy mal”.

## 1.2 Análisis del caso

Don Chelín es un hombre que ha perdido la confianza en el tratamiento biomédico del IMSS para la curación y el restablecimiento de sus heridas causadas por las complicaciones de su diabetes. Después de la pérdida de su pierna izquierda se le presentó una segunda complicación y probó suerte con un procedimiento alternativo que le ayudó a conservar su extremidad derecha. Su esposa, su hija y su nuera son las encargadas de su cuidado y estado de salud. Asimismo, don Chelín mantiene un rol de actividades que le ayudan a distraerse así como a estar inmerso y activo en la dinámica de su entorno familiar y social.

Un elemento central en este caso es que la experiencia de don Chelín con la enfermedad está marcada por la ausencia de antecedentes familiares de diabetes. Así, su padecimiento le generó sentimientos de miedo e incertidumbre; se sentía en riesgo y era consciente de que su labor en el campo, a la larga, podría provocarle consecuencias en detrimento de su salud. Es importante destacar que sus primeros malestares fueron síntomas de hipoglucemia.<sup>68</sup> Por otro lado, tal y como lo había previsto se lastimó el pie izquierdo mientras trabajaba en su cítrico. En este sentido, el uso de un calzado descubierto fue el elemento clave del problema. También es cierto que mantuvo una actitud de negación ante la primera lesión.

Para don Chelín es inexistente un acontecimiento específico relacionado con el advenimiento de su diabetes. No obstante, su esposa e hija sostienen versiones en las que situaciones de conflicto y enfermedad son determinantes. Por consiguiente, cada entrevistado, al presentar su testimonio, posiciona su experiencia como la más significativa en el sentido de la importancia que le concede a los hechos de la vida. La

---

<sup>68</sup> Los síntomas típicos de la hipoglucemia son: “ansiedad, temblores, sudoración, estremecimientos, palidez, palpitaciones y aumento del ritmo cardiaco, y mareo” (Wright, 2008:116).

diversidad de las narrativas da cuenta de cómo cada actor vive cada suceso de acuerdo a lo que quiere externalizar y a la posición que ocupa en el sistema familiar y social.

Un aspecto clave en la trayectoria de su enfermedad es que ha transitado entre los distintos modelos básicos de atención a los padecimientos para encontrar una solución a los problemas específicos que se le han presentado. Don Chelín se rebeló ante el discurso y las prácticas biomédicas porque agotaron sus esperanzas. Por medio de su experiencia ha sido capaz de modificar su tratamiento, recomendado por el médico de cabecera, para adaptarlo a sus necesidades particulares; además, encontró un procedimiento alternativo que al final de cuentas le resultó eficaz. Por otro lado, le concede una vital importancia al uso de las vitaminas, ya que, inciden en su estado de bienestar.

Los elementos constituyentes del drama social central son el empobrecimiento de él y su esposa, como corolario de la enfermedad, y las tribulaciones no solamente de las estancias prolongadas en el hospital y las amputaciones de don Chelín sino de la incertidumbre de lograr finalmente la resolución de su dolorosa y desesperada situación. Estos acontecimientos se conjugan para generar, la mayoría de las veces, penosas y amargas experiencias en población que considera que su situación de pobreza contribuye a la actitud negligente e insensible del personal de salud. La atención deficiente hacia su persona, la negligencia médica, el dolor causado por la herida, el insomnio y la alteración de los niveles de glucosa en la sangre fueron algunos aspectos que a don Chelín le provocaron un profundo malestar durante su internamiento. Además, el hecho de autoidentificarse como pobre explica que se sintiera vulnerable y maltratado por parte del personal de salud; sin embargo, la percepción de discriminación social y económica no le impidió exigir su derecho a ser tratado con dignidad y respeto en el IMSS. Todo esto, y el trauma de ver su cuerpo mutilado lo empujó a una crisis de aflicción durante un período largo de tiempo.

Un aspecto que complementa esta parte del drama es la experiencia de doña Basilia. Pareciera que esta mujer afrontó en soledad las dificultades y el sufrimiento de su esposo; sus narraciones evidenciaron sus sentimientos de angustia y desesperación en el hospital. Esta experiencia la marcó de tal manera que, cuando a don Chelín se le presentó la segunda complicación no quiso participar en las labores de curación porque le hacían recordar los momentos horribles que vivió en aquél entonces. Sobrevivir durante la hospitalización sin la ayuda material y moral de sus hijos, a pesar de que éstos se encuentran compartiendo el hogar de sus padres, la llevó a elaborar estrategias que le posibilitaron comer, bañarse y lograr el apoyo de otras mujeres que sufrían las



preocupaciones de un familiar enfermo. Así, la solidaridad que recibió está atravesada por los sentimientos significativos que generó su desgracia y que hicieron posible la compasión de otros familiares de personas internadas.

A don Chelín la amputación de su pierna izquierda le ocasionó una crisis de autoaceptación. Comprendió que empezaría a depender de los demás para llevar a cabo sus actividades cotidianas, se sentía incompleto e incapacitado para trabajar y se encontraba preocupado por su estabilidad económica futura. Ante él, doña Basilia se mostró como una mujer capaz de salir adelante por ambos; sin embargo, reconoce que le atormentaba la cuestión de la supervivencia sin el respaldo monetario de su esposo. Así, cuando tuvo la oportunidad implementó una estrategia de empoderamiento que le permitió sentir un poco de seguridad frente a la carencia de fuentes estables de ingreso. Finalmente, don Chelín salió airoso de esta disrupción debido al apoyo familiar y a las circunstancias que lo favorecieron.

Después del drama las nuevas condiciones de vida de don Chelín atravesaron un proceso de normalización que fue amenazado un par de veces por las complicaciones de la diabetes y sus consecuencias, no obstante, fueron contrarrestadas gracias a los productos de *Omnilife*. En la actualidad, al transmitir su experiencia de efectividad, hace fehaciente su triunfo y continúa consumiendo los suplementos alimenticios. Valdría la pena explorar casos de personas que hayan consumido este tipo de productos y hayan mejorado o agravado su estado de salud.

Las mujeres de su familia tienen centralidad en la trayectoria del cuidado. Se han visto compelidas a brindar su apoyo y para ello, han modificado sus agendas personales cotidianas. Un aspecto fundamental es que don Chelín aprecia y reconoce su labor. Doña Basilia ha antepuesto el tema de sus nervios, aunado a su carácter aprehensivo, para desvincularse del cuidado y así derivarlo hacia su hija y su nuera; por ejemplo, cuando don Chelín enfermó de herpes ella apartó su apoyo por la preocupación del contagio. Sin embargo, su padecimiento como pretexto no siempre funciona y se ve obligada a ayudar cuando se le necesita. Asimismo, sus antecedentes positivos en su relación de pareja propician la solidaridad en momentos problemáticos.

Librada y Teresa, respectivamente hija y nuera del aquejado, viven situaciones de violencia intrafamiliar debido al consumo excesivo de alcohol por parte de sus cónyuges. Esto explica el contexto de empobrecimiento que implicó la enfermedad de don Chelín. Doña Basilia las defiende cuando son agredidas físicamente y, por parte de don Chelín reciben protección. Librada y Teresa han apoyado a don Chelín, ya sea, de manera conjunta o alternada pero, siempre han estado pendiente de su estado de

salud. Entre estos actores sociales existe una condición de ayuda mutua para lograr beneficios recíprocos. De modo paradójico, la vulnerabilidad con la que experimentan su vida conyugal Librada y Teresa, y el rol de contenedores emocionales que don Chelín y doña Basilia mantienen para con su problemática, las convierte en actoras propicias para conformar la estructura familiar de apoyo hacia don Chelín.

Los hombres de su familia desempeñan un papel marginal con respecto al cuidado no obstante, las relaciones que mantienen con las mujeres propician que su participación sea contextual. El hijo mayor de don Chelín representa una figura de autoridad en el plano familiar y es el principal encargado de cuidar y fomentar el cítrico; además, aseguró a su padre en el IMSS y lo atendió en su primera complicación, ya que lo llevó a consultar en el seguro de Kinchil y luego, con un doctor particular. Pero, cuando se percató de que la situación era demasiado compleja porque involucraba un apoyo constante y perpetuo decidió alejarse; quizá, creyó que su compromiso había terminado. A doña Basilia y a Librada este hombre les inspira cierto recelo, ya que, temieron causar su enojo ante la amenaza en don Chelín de una segunda complicación. En la actualidad, se mantiene al margen del cuidado y atención hacia su padre. Las funciones de apoyo tanto del hijo menor como del yerno de don Chelín están por completo desdibujadas. Esta sería una regla general a no ser porque el primero, junto a su madre y esposa, acompañó a su padre al seguro de la localidad cuando se le presentó el herpes. Asimismo, estos hombres violentan a sus esposas y carecen de un trabajo fijo.

Por otra parte, según Bonfil (2006), en el Yucatán de principios de 1960 la estructura de las familias extensas se basaba en mecanismos de solidaridad entre los miembros del grupo y una característica importante era “la formación de un presupuesto común para el gasto doméstico de padres e hijos (Bonfil, 2006:120)”. Aunque Librada y su hermano menor viven en la misma casa que sus padres, cada familia nuclear resuelve sus necesidades económicas como si se tratase de un conjunto aparte. Así, doña Basilia aclara que le disgusta esperanzarse de la ayuda material de sus hijos porque comprende deben mantener a sus descendientes. En la actualidad, la cooperación que existió por años entre las familias extensas ha dejado de funcionar por motivo de cambios en la idiosincrasia y en las estructuras económicas de las sociedades modernas. Librada y Teresa, ante la imposibilidad de sus parejas para conservar o conseguir un trabajo asalariado y seguro, deben encontrar la forma de percibir ingresos. No obstante, reciben el apoyo monetario de Oportunidades. En Kinchil es un hecho que la ayuda económica de los programas sociales provee parte de los ingresos con los que sobreviven algunas familias.

El dinero mensual de la jubilación de don Chelín proporciona a la pareja un ingreso seguro y de tal manera, se encuentran tranquilos y un tanto contentos porque no se ven aprietos económicos. Sin embargo, una fracción de su dinero está destinada para el pago mensual de los suplementos alimenticios de *Omnilife* pero, esta inversión resulta satisfactoria porque forma parte de su tranquilidad emocional. Así, aunque viven en un contexto de pobreza y marginación han encontrado estrategias que les permiten sobrevivir como, por ejemplo, pedir “fiado” y pagar cuando existen ingresos.

En cuanto a la cuestión de la alimentación, don Chelín ha adaptado la dieta que le recomendaron los médicos a sus necesidades especiales, come de todo pero lo hace con medida; se da ciertos gustos cuando quiere pero, no abusa de la comida. También, mientras trabaja en su solar, hace ejercicio a diario, eso le ayuda a sentirse saludable.

Un aspecto importante a subrayar es que los problemas, los pleitos y los disgustos son desfavorables para las personas con diabetes pero, las mujeres los vislumbran en el ámbito familiar y los hombres, en el entorno social público. Don Chelín se encuentra en constante riesgo de enfrentar otro tipo de padecimientos. Éstos se le presentan como rupturas en su estabilidad; su caso está abierto a múltiples posibilidades.

Don Chelín sigue participando en el ámbito público de su localidad. El capital simbólico como propietario de un cítrico le confiere una imagen social positiva. Así, don Chelín y su familia tuvieron a su disposición recursos que en determinado momento sirvieron para afrontar la diversidad de problemáticas relacionadas con las complicaciones de su enfermedad.

Don Chelín ha logrado ciertas independencias personales dentro del ámbito familiar porque por ejemplo, se viste solo y, se mueve con facilidad en su silla de ruedas y se pasa de ésta a la hamaca sin mayor dificultad. Podría usar muletas pero ha decidido descartar esa posibilidad porque tuvo una penosa experiencia con ellas, sus antebrazos comenzaron a lastimarse y prefirió abandonarlas antes de que las heridas fueran mayores y requirieran curaciones.

Además, la moto que doña Basilia solicitó al DIF Yucatán es el vehículo que le ha inyectado cierto aire de libertad, ya que, la utiliza cuando lo cree necesario y la concibe como una herramienta para sentirse funcional en su cotidianidad. La importancia de mantenerse ocupado o entretenido con alguna actividad reside en el hecho de que solo así deja de pensar en lo negativo y triste de su situación. Por otro lado, se ha mantenido una base, esquema o estructura de apoyo estabilizado con la participación alternada pero constante de las tres mujeres de su casa. En ello, parecen

intervenir como marco de posibilidades, la posesión de su cítrico y los beneficios institucionales que ha obtenido y todavía tiene. En su conjunto, estos factores permiten a don Chelín, mediante su narrativa, presentar una imagen positiva de sí mismo, alguien que junto con su familia parece haber superado las expresiones más críticas de su drama social y aún haber recuperado mucho de su autoimagen.

### **1.3 Don Pedro**

Don Pedro tiene 72 años, es delgado, tez morena, con cabello oscuro y escaso. Es oriundo de Kinchil y es bilingüe en maya y español. Lleva 20 años padeciendo diabetes y debido a sus complicaciones perdió ambas piernas. Ya no puede ver, aunque para disimularlo usa unos lentes graduados; su sentido del oído y el movimiento de sus manos van disminuyendo poco a poco. Es un señor simpático, tranquilo y sincero. Siempre fue amable, elocuente y explicativo durante las conversaciones que sostuvimos. Las visitas le agradan porque lo apartan de la monotonía y la soledad de su cotidianidad.

El padre de don Pedro tenía diabetes y cuentan que murió después de que le amputaron una pierna. Don Pedro tuvo nueve hermanos, hombres y mujeres, y cada uno de ellos padece o padeció diabetes porque unos ya se murieron y otros, sobreviven. El caso de su hermanito, don Chuyas, es paradigmático puesto que le amputaron ambas piernas y algunos dedos de sus manos; este hombre falleció hace como dos años.

Don Pedro fue viudo durante alrededor de dos meses y dejó de serlo cuando se juntó con doña Mari, media hermana de su difunta esposa. Durante su primer matrimonio don Pedro tuvo cuatro hijos: dos mujeres y dos hombres; pero, el más pequeño de los varones murió a la edad de 29 años. Don Pedro y doña Mari no tuvieron hijos en común porque cuando comenzaron a vivir en la misma casa ella era madre de dos varones cuya edad oscilaba entre los tres y cinco años.

Durante dos años, la pareja vivió sin ningún grave inconveniente hasta que a don Pedro se le presentaron las complicaciones de la diabetes. Doña Mari se convirtió en su principal cuidadora y, luego de nueve años también a ella se le presentó la enfermedad. En total, tienen 15 años de cohabitar. Los hijos de doña Mari y sus respectivas esposas e hijos viven en la misma casa que ellos. Don Pedro y doña Mari duermen en un cuarto cuya puerta da a la calle, atrás de su habitación vive uno de los varones con su esposa e hijo y, al lado de este cuarto vive el otro muchacho con su esposa y sus tres hijos. Todos comparten el baño, la cocina y el solar.

En la actualidad, don Pedro se relaciona mejor con sus hijas que con su hijo, ellas lo visitan e invitan a comer de vez en cuando. Por otro lado, los hijos de doña Mari

lo respetan como si fuera su padre biológico porque la convivencia desde temprana edad procuró la confianza y el cariño que ahora se manifiestan. En las siguientes líneas dejaré que don Pedro nos cuente su historia pero, para complementarla integré la voz de su esposa y una de sus hijas, Romualda.

## **Antecedentes**

### **En qué trabajaba cuando podía**

**Don Pedro:** Cuando era joven puro cortar penca de henequén, tumbar, chapear, ese era mi trabajo, cortar leña, acarrearla en rollos. Iba al monte, caminaba seis leguas, ahí estaba mi milpa. En época de lluvias, bajo el agua caminaba para regresar a mi casa. Estaba duro mi trabajo. Llegaba aquí al pueblo y me iba a cortar penca, tenía mi parcela de ocho hectáreas. Cuando me cortaron la pierna tenía una parcela cerca de aquí con puro henequén. Lo llevaba a la Hacienda Santa Cruz, había una máquina raspadora allá, camino a Sisal.<sup>69</sup> Si no, lo llevaba a *Chaac* allá en el camino de Tamchén, ahí lo llevaba. Ese era mi trabajo cuando estaba bien.

Cuando me quedé así ¡Ay Dios! no pude trabajar ni en mi parcela. Alcancé mi parcela pero no pude trabajar, nada más me llevaban en triciclo y busqué trabajadores para que cortaran la penca, para chapear. Vendía mi penca o mi *sóoskil* y le pagaba a mis trabajadores, puro pagar hacía. Pues hoy ya se acabó. Me llevé muchas jodidas, muchos golpes.

**Romualda, hija:** Él toda su vida ha sido campesino. Tenía su sembradío de pencas de henequén, él sembraba elotes, cosechaba elotes, sembraba calabazas y las cosechaba y, aparte, tenía sus sembradíos de henequén y cortaba las palmas, hablaba con el señor que las compraba y después, las llevaban a la desfibradora. O sea, ese era su trabajo cuando había cosecha de henequenes y cuando era cosecha de elotes pues tumbaba los montes, sembraba, cosechaba. A veces, hacía carbón. Cuando no había cosechas de henequén entonces hacía carbón para vender. Ese era su trabajo. También era apicultor, tenía abejas y como tres o cuatro ganaditos.

**Doña Mari, esposa:** Trabajó mucho. En que trabajaba mucho, no descansaba, no se dio cuenta de que era diabético. Si no le salían los granitos en sus dedos no se iba a dar cuenta.

### **Cuando se fue a vivir con doña Mari**

**Doña Mari, esposa:** Conocí al papá de mis hijos en Mérida, donde yo trabajaba. Yo trabajaba en el servicio doméstico y él era albañil. Entonces, nos casamos y empecé a tener a mis hijos y luego, me dejó. El día que se fue su papá de ellos fue cerca de navidad. Luego mi mamá se murió y me quedé sola, me sentí sola con mis hijos y ya después murió mi hermana, la mamá de las hijas de don Pedro.

Cuando murió su esposa, don Pedro se dedicó al trago. Fue triste su vida porque se sentía muy solo entonces, nos consolábamos. Él me contaba sus penas y me decía: “yo pienso que tú no eres una extraña para mis hijas porque ellas te quieren. Yo no quiero buscarme a una extraña y yo no siento que tus hijos son extraños, siento como si fueran de mi familia”.

La esposa de don Pedro era mi media hermana, yo fui la última hija de mi mamá pero de otro papá. El primer marido de mi mamá falleció y se juntó con mi papá. Mi mamá tuvo varias hijas pero ninguna vez nos peleamos, siempre nos respetamos, siempre nos tuvimos cariño, nunca hubo diferencia.

---

<sup>69</sup> Sisal es una comisaría del municipio de Hunucmá, cercano a Kinchil.

Cuando mi hermana vivía...don Pedro era mi cuñado y hubo mucho respeto entre nosotros. Antes de morir, mi hermana me dijo: “me voy a morir hermanita y yo no quiero que te quedes sola con tus niños, yo quisiera...voy a hablar con Pedro y le voy a decir que te ayude. Se murió mamá y tú estás sola con tus hijos. Si no estuviera enferma te ayudaría, me podrías dejar a tus hijos cuando necesitaras ir a trabajar”.

Cuando don Pedro me preguntó si quería ser su esposa, lo primerito que le dije fue: “no, porque tus hijas no van a estar de acuerdo y se van a molestar conmigo”. Se enteró y dije: “¡Dios mío!, ¿qué debo de hacer?”. Pero cuando empezamos a vivir juntos pensé: “¡Dios mío no solo lo hago por mí! Si yo tuviera niñas sería diferente pero tengo dos niños y necesitan un hombre que los enseñe a trabajar en el monte”. Si fueran niñas les enseñé a tortear y a lavar pero con dos varones no se puede, en eso pensé yo.

**Romualda, hija:** Todos estábamos tristes, enojados a la vez, con coraje hacia la vida, hacia todo...Fue una cosa de varias muertes, primero mi abuela, luego mi mamá...ya lo habíamos superado, ya nos habíamos alejados de todas las tristezas y luego, se murió mi hermano de 29 años de edad y fue otro golpe duro para nosotros y yo pensaba ¿¡qué más sigue!/? Sí, es muy triste.

Entonces, mi papá se tiró mucho al alcoholismo, yo creo que por eso fue más rápido el mal, todo se le fue de las manos. No le importaba nada, puro tomar y tomar, ya le habían detectado que era diabético pero por todo lo que pasó se olvidó de ello.

**Doña Mari, esposa:** Sus hijas se enojaron, unos meses estuvieron molestas conmigo. Acepté vivir con él pero cuando vi que ellas estaban molestas conmigo me sentía mal, hasta lo lloraba. Pero ya después estuve tranquila porque platiqué con un padre (sacerdote católico) y me dijo: “mira hija yo te voy a hablar claramente, si tú no tuviste nada que ver con él cuando vivía tu hermana puedes estar tranquila”. Pero, el padre me advirtió: “respétalo siempre porque él todo lo que te prometió lo cumplió, ni una vez te dejó. Imagínate que el papá de tus hijos te dejó y él no. Por eso respétalo siempre y cuando esté enfermo lo tienes que acompañar como se dice en las buenas y en las malas”.

Al principio a mis sobrinas les dolió porque pensaron que a lo mejor yo traicioné a mi hermana, pensaron que hubo algo entre nosotros pero ya luego, fui conversando con ellas y ya están contentas conmigo.

## Historia de la enfermedad

**Don Pedro:** Antes, cuando no sabía que era diabético, en mi *xiiik*<sup>70</sup> salió un grano grandote, con trabajo me movía porque estaba grande. Fui a consultar con un doctor particular en Hunucmá...ni modo tuve que ir con doctor particular. El doctor lo vio y me dijo: “pero señor, esta cosa es peligrosa, le voy a dar tres pastillas en cápsula y en tres días vienes”. Tomé las tres cápsulas, una diaria. Cuando regresé con él me dijo: “ahorita vamos a sacar la materia que tiene”. El grano seguía grandote, por la diabetes me salió. Esa vez me dijo el doctor que era diabético pero no le creía, no estaba seguro de que fuera eso.

**Romualda, hija:** No me acuerdo muy bien cuando le empezó la diabetes a mi papá porque prácticamente yo estaba en Mérida cuando pasó todo lo que él vivió, no estaba mucho tiempo con él. Venía a Kinchil los fines de semana y me volvía a ir pero, ya en las operaciones sí estuve.

---

<sup>70</sup> La palabra está en lengua maya y en español hace referencia a la axila.

## Historia de la primera complicación, pierna izquierda perdida

**Don Pedro:** Se empezaron a llagar los dedos de mis pies, me salió como granitos, me salió como agüita. Cuando me empezó pasaron como tres días y se quedaron negros, como en ocho días ya estaban mal. Fui al seguro y me dijeron que era diabético y que estaba subida mi azúcar y que mi presión estaba mal.

**Doña Mari, esposa:** Él empezó con un granito en los dedos, le daba mucho ardor en los pies. Se iba al monte, luego regresaba y le dolían sus pies. Entonces fuimos a consultar porque no se le pasaba el malestar. Le hicieron sus análisis y le dijeron: “¿sabe qué pasa don Pedro? Usted es diabético. Ya salieron los resultados de sus análisis y dicen que es diabético”. Ahorita, hace como 14 años o 15 años que vino a vivir aquí conmigo. Al poco tiempo que vino le pasó eso.

**Romualda, hija:** Todo empezó a raíz de que trabajaba en el campo, se lastimó su dedo grande. No recuerdo si era el derecho o el izquierdo, ya no me acuerdo pero era el grande y entonces se le empezó a llevar a la clínica de acá. Le dijeron que había que quitárselo porque no sanaba, no sanaba y ya había avanzado el mal, lo tenía todo gangrenado.

**Don Pedro:** Entonces me llevaron al Juárez, me ingresaron enseguida. Cuando llegué al Juárez, me vieron los doctores, me checaron mis pies y me dijeron: “este pie ya está perdido, ya subió la enfermedad arriba y pues ni modos, hay que quitarlo”. Pero no me lo quitaron enseguida, me dejaron un mes, un mes hice allá esperando para que me lo quitaran.

El mal llegó a mis pies, subió y enseguida, estaba chorreando agua. Yo estaba en mi cama con dolor y no me podía dormir. En la última semana que pasé en el hospital, fue a verme un doctor y le dije: “¿qué pasó doctor?, ¿me vas a cortar? ¡Corta de una vez porque me duele y no duermo!”, “sí, hay que quitarlo pero ahorita no. Mañana o pasado mañana o... vamos a ver cuándo, pero hay que quitarlo”, “¡hay que quitarlo porque me duele!”. Quién sabe por qué no me lo quitaron, dejaron que se pudra mi pie.

**Romualda, hija:** En el seguro es un poco tardado todo porque lo ingresaron y lo tuvieron ahí mucho tiempo. Él no aguantaba el dolor, tenía calentura y un dolor muy fuerte porque hasta lloraba y por eso le dijeron que se lo iban a quitar. No se lo atendieron rápido porque él llegó con solo un dedo malo y luego le corrió todo. Creo que estuvo tres semanas o un mes, algo así.

**Don Pedro:** Pero yo tenía miedo porque cuando murió mi papá eso mismo le pasó. Le cortaron hasta debajo de la rodilla, luego el mal llegó hasta la entepierna y le cortaron todo y ¡ay Dios! Tres días después se murió del dolor. Por eso tenía miedo y le dije al doctor: “doctor que me los quiten de una vez porque ya vi cómo murió mi papá” pero no me operaban.

Una de mis hijas que trabajaba allá en Mérida tenía a su patrón que era doctor particular y trabaja en la Clínica Mérida,<sup>71</sup> era buen doctor, pura operación hacía. Entonces me dijo mi hija: “vamos a decirle al doctor. Porque ya tiene un mes ahorita que estás en el hospital y no te operan”. Habló mi hija con el doctor, su patrón, y dijo: “tengo que ir a verlo pero hasta el lunes”. Pues fue el doctor a verme al Juárez, fue como a las ocho de la noche, llegó el doctor con su esposa y con mi hija. Vio mi herida, se asustó y me dijo: “¡Uay!, ¿qué esperan los doctores para operarte?!”. Ese doctor trabajó en el Juárez, lo conocían los doctores de allá, después se quitó y se pasó a trabajar en la Clínica Mérida. Entonces él le preguntó a los demás doctores que estaban allá: “¿dónde está el jefe?” y le dijeron: “no vino”, “pues ahorita voy a hablar con el jefe, ¿alguien sabe cómo se

---

<sup>71</sup> Es un hospital ubicado en la capital yucateca que ofrece servicios biomédicos especializados, es una de las clínicas de mayor prestigio en el estado. Su nombre oficial es Clínica de Mérida pero la población la denomina como Clínica Mérida.

llama?”, “está allá” y ¡jálale!, se quitó. Su esposa se quedó conmigo y se fue a hablar con ese doctor. Se fue como una hora, regresó y a los doctores que pasaron por mi cama les dijo: “a este señor ¡mañana martes lo van a operar!, ¿quién de ustedes lo va a operar?”, “quién sabe doctor, hasta ahorita no sabemos”, “pues está bien, mañana mismo le van a quitar ese pie al señor porque si no agarro al señor, lo llevo a mi clínica y ahí lo opero”, “no, no doctor, sí lo operamos”, “ustedes lo saben, porque si no lo hacen, lo llevo, es mi compadre, más claro no pudo decírselos”.

Pues sí fue cierto, enseguida fue el doctor macizo a verme, entró, empezó a verme y dijo: “hay que quitarlo en la tarde”. Arreglaron todo y me dijeron: “ahí está señor, en la tarde lo vamos a operar”. Pues sí fue a esa hora, me estaban preparando; no me dieron de comer, nada más un poco de desayuno. Como a las cinco o seis de la tarde me metieron al quirófano y como a las 11 de la noche me operaron.

Primero me cortaron la pierna izquierda y después de que me la quitaron fue el doctor a verme, me checó la otra pierna y dijo: “parece que ésta se va a lllagar también”, “¿¡será!?”, “sí, está medio rojita, parece que tiene como granitos”, “¿¡será posible!?”, “pues cuídate, ojalá que no, pero quién sabe”. Me estuvieron dando medicinas. Pasaron tres días y me dijeron: “te puedes ir, ya estuvo, está bien todo. En ocho días vienes y te quitamos los puntos”. En ocho días fui y me quitaron los puntos.

**Doña Mari, esposa:** esa vez que lo operaron creo que dos meses me quedé con él en el hospital. Pero, don Pedro de su primer matrimonio tiene dos hijas y tenía dos varones pero uno se murió y le quedó uno. Pues de esos tres hijos que le quedaron, el hombre es diferente y las mujeres son más cariñosas. Ellas trabajaban en el servicio doméstico en Mérida. Cuando se enfermó y estuvo en el hospital...me quedaba junto a él pero me cansaba, se me hinchaban los pies, me pusieron una silla junto a él y platicábamos. Entonces, cada sábado sus hijas salían de su trabajo y eran los días que me mandaban a descansar. Cuando salían ellas se quedaban con él y me decían: “vaya a la casa a descansar y el lunes temprano regresa usted. Estos dos días nosotras vamos a ver cómo lo vamos a hacer”. Pues, una se quedaba en la noche, amanecía e iba su hermanita y se quedaba todo el día y después, en la tarde vuelve a ir la que estuvo primero. Yo llegaba el lunes temprano y ellas se iban, no regresan hasta la próxima semana.

**Don Pedro:** Cuando estuve en el hospital mi esposa se quedaba conmigo. Ella se quedaba porque yo no me podía levantar, necesitaba a una persona al lado de mi cama porque si acaso necesitaba algo, lo pido y me lo traen.

De día una de mis hijas iba a verme al hospital y mi esposa venía a descansar. En la noche otra de mis hijas iba, al otro día iba uno de mis hijos, mi esposa descansaba y regresaba otra vez. Pues me iban a *chan*<sup>72</sup> acompañar allá. Mis hijas si iban, pero el día que me iban a operar mi esposa tenía que estar porque eso piden allá, me dijeron los doctores: “¿dónde está su esposa?, ¿quién responde, quién se va a quedar? necesitas a tu esposa”.

**Romualda, hija:** Cuando estaba internado estuvimos un día nosotros, un día mi hermana, un día mi tía, un día mi hermano.

**Doña Mari, esposa:** Cuando yo me quedaba salía a comprar mi desayuno, mi almuerzo y luego, regresaba junto a él. A veces, en el hospital le daban atole o pan salado y como veían que me quedaba me regalaban un poco a mí. Si no me regalaban, terminaba de darle su cena y le decía: “voy a ver mi cenar”, “está bien, anda”. Salía, compraba mi cena, cenaba y volvía con él. Me sentaba en una silla, me dormía y despertaba. Me cansaba y tenía que lavar mi ropa, me tenía que bañar, me iba con otras compañeras a los baños pero tenía que pagar. Enfrente del Juárez hay varios lugares donde venden comida. Si quieres bañarte y tienes tu ropa pues pagas y entras a bañarte.

---

<sup>72</sup> *Chan* es una palabra en lengua maya que en español significa pequeño.



Te bañas y si quieres ir a descansar te dan una hamaca para que descanses y pagas. Vimos un poco difícil cuando él estaba enfermo.

**Don Pedro:** Cuando me quitaron la primera pierna a doña Mari le hablé claro en el hospital, le dije: “¿cómo lo piensas hacer, me puedes atender así? sí o no, yo no te puedo obligar porque ahorita yo no soy hombre para trabajar”. Le dije: “pues tú lo sabes, piénsalo bien porque cuando salga del hospital... piénsalo. Si fuera a la casa y tú me dices no te puedo atender ¡ándate a tu casa! Yo no me molesto, me voy directo a mi casa con mis hijas, pero si dices que me atiendes voy a tu casa”. Porque esta casa donde vivo es de ella, no es mía. Yo nada más vine a vivir con ella, porque yo tenía casa pero se la dejé a una de mis hijas. Ella me contestó: “no te voy a dejar, ni modos, tal vez es castigo de Dios o es tu suerte ¿quién sabe? ya te pasó y ya estuvo”. Cuando salí del hospital le dije: “entonces ¿a tu casa nos vamos?”, “sí, vamos a mi casa. Me quedo triste si no vas”.

Ya tenemos varios años de casados. A los tres años de estar juntos me pasó esto, ahorita ya son 15 años de que estamos viviendo juntos. Son doce años de que me quedé así.

**Romualda, hija:** Nosotros habíamos insistido de que si después de lo que había pasado quería regresar acá en la casa, porque aquí vivió, pero dijo él que no, que estaba bien allá. Igual allá lo ayudan, lo ayudan bastante, no lo dejan solo. Pero, al principio mi papá lo tomó muy mal. Él toda su vida fue independiente en cambio, cuando le pasó eso fue un cambio total para su vida. Estuvo muy deprimido pero su herida sanó bastante rápido, sanó bastante bien.

**Doña Mari, esposa:** Yo sentí que la persona que me estaba apoyando ya no la iba a tener como antes, me sentí triste pero al mismo momento dije: “lo bueno es que él no se va a morir, tiene que vivir y me tiene que acompañar aunque sea para aconsejar a mis hijos”. Veía a don Pedro enfermo y decía entre mí: “¿ahora cómo lo voy a hacer?”. Pero luego, como que al mismo tiempo, le pedía valor a Dios como cuando me abandonaron con ellos.

Lo operaron y después no tardó en sanar su herida. Yo veo que está bien porque a él nunca se le queda la llaga, hay muchos que tardan y no sanan. En cambio, él no; pasaron dos meses de que lo operaron y quedó bien, ya se podía pasar de la hamaca a su silla de ruedas.

### **Historia de la segunda complicación, primeros los dedos, luego la pierna derecha hasta antes de la rodilla**

**Don Pedro:** La herida de mi pierna izquierda había sanado. Pero lo que me dijo el doctor sí era cierto, se empezó a llagar también la pierna que me quedaba. Pasaron quince días y se empezó a llagar mi pie derecho y me quitaron mis dedos. Primero fue el dedo de en medio. Luego, me quitaron los dedos que estaban llagados, sólo me quedé con el dedo gordo y el más pequeño, con esos dedos me quedé. Me los quitaron, ya estuvo.

Aquí en el seguro lo llevaba diario para que me lo laven, diario, diario pero ¡ay!, ¡dolía cuando me lo lavaban, salía hasta sangre! Cómo a los ocho días que me lo estaban lavando, vio la enfermera que donde lo cortaron, abajo, en la planta de mi pie, había moho negro y me dijo: “hay que mandarlo otra vez al hospital, no se puede hacer nada aquí, parece que no queda bien”. Enseguida hicieron mis papeles y a esa hora ¡jálale! me llevaron al hospital, tarde me llevaron.

Llegué a la clínica, me checaron, lo vio el doctor y lo dio por perdido. Me dijo: “señor, tenemos que quitarte tu pie, ni modo”, “¿y cómo?, ¿todo me lo van a quitar? Aquí no me duele, solo aquí nomás”. Pues vino otro doctor, lo checaron y me dijeron: “está bueno todo esto, pero hay que quitar aquí”. Hice tres semanas otra vez en el hospital.

En mayo me quitaron la pierna izquierda y luego, en agosto me quitaron la otra. Tres semanas hice en el hospital cuando me quitaron la pierna derecha. Pues ni modos, me cortaron y me quedé con mi rodilla.

**Romualda, hija:** Cuando le quitaron la otra pierna no me acuerdo muy bien cómo estuvo...pero se dieron cuenta de que ya estaba mal, creo que fue como a los seis u ocho meses después de que le quitaron su pierna. Empezó a llagarse entre los dedos, hasta se le cayó un dedito en que lo estaban curando y le empezó otra vez el dolor. Le escarbaron todo y quedó una herida abierta que empezó a aumentar, aumentar y aumentar y él veía que no había mejoramiento y volvimos otra vez al médico y nos dijeron que había que quitar el pie.

Pero antes de eso, había que convencer a mi papá porque él se negaba a que se lo quitaran. No quería porque la primera experiencia que tuvo fue muy difícil. Él se negaba: “no quiero, no quiero ir” y por eso empezó a aumentar el mal porque él no quería, se negaba.

**Don Pedro:** No quería que me la quiten pero ni modos. La verdad es que rápido se pudrió. Le pregunté a los doctores: “¿qué voy a hacer? Yo no quiero que me la quiten” pero rápido quedaron negros mis dedos del pie. Empezó uno, luego otro y otro...rápido. Me dijo el doctor: “la sangre de toda la planta de su pie ya se murió”, “¿y cómo lo vamos a hacer?”, “que le quiten todo esto y queda bien. Pues vamos a hacer la lucha”. ¡¿Qué hacer la lucha?! Supuestamente estaban haciendo la lucha pero como en tres días ya había avanzado. Enseguida me dijeron: “vas a perder un pie”, “pues ya estuvo ¿qué le voy a hacer?”. Vinieron mis hijas y les dije que me iban a quitar todo hasta mi rodilla. Pero lo bueno es que al menos no lo pienso, quién sabe por qué pero, no lo pienso así.

**Romualda, hija:** Cuando hablamos con él, logramos convencerlo pero sí pasó mucho tiempo para que aceptara que le quitaran su otro pie. En el transcurso, el mal avanzaba, es una cosa impresionante y nosotros le dijimos: “es la única forma de que puedas quedar bien” y nos dijo: “¿pero cómo sé que después no me voy a quedar allá?”. Porque su papá, o sea, mi abuelo murió de eso; le amputaron una pierna, se le subió el azúcar y ya no salió vivo después. Entonces, él tenía esa idea en la cabeza: “ya ésta vez me quedo, ya no voy a vivir”, por eso estaba aferrado, no quería que lo operaran pero después por fin lo convencimos, accedió, aceptó. Lo llevamos y esa vez vimos que fue un poco más rápido. Llegamos, hicieron los papeles y le dijeron que en tres días lo iban a operar y como él ya estaba decidido fue más rápido, se le operó y ya se regresó otra vez a su casa.

**Don Pedro:** Cuando me ingresaron hablé con el doctor y le dije: “¿cuánto cuesta la medicina para que no me quieten la pierna?”, “¿tienes dinero?”, “dinero no tengo pero hay lo busco”. Pensaba que podía vender mis ganados, aunque sea diez que vendiera. Pero me dijo el doctor: “¿no quieres que te la corte?”, “no quiero”, “pero mira señor si tienes dinero ¡cuídalo, levántalo! Porque cuando salgas del hospital te va a servir porque para esta pierna no hay medicina que la cure, ya no se puede hacer nada, hay que quitarla, hay que quitarla”. Sí era cierto, la agarraban y me decían: “¿cómo la sientes?”, “no la siento”. Agarraban su aguja, me pinchaban y yo no lo sentía, “todo eso ya está malo, hay que quitarlo”.

Pues también fue un señor de Kinchil, lo ingresaron en el Juárez, parece que Dios lo hizo porque estuvo al lado de mí. Él ya se murió, entró por diabetes, también por su pierna, ya estaba muerta una de sus piernas. Pues estuvimos conversando y me dijo: “yo no quiero que me quiten la pierna, no quiero, tengo dinero”. El señor tenía ganados, abejas y tenía tres hijos grandes. Pues le dijeron por el doctor: “no se puede señor, tenemos que quitártela” y se la quitaron allá pero cuando fueron sus hijos les dijo: “llévenme al hospital O’Horán o a la Clínica Mérida”. Pues lo sacaron del seguro y lo llevaron a la clínica. Comieron sus diez mil pesos, porque él decía que tenía diez mil pesos y que con eso iba a comprar medicinas buenas. Lo sacaron y lo llevaron al

O'Horán. Llegaron al O'Horán y le preguntaron: “¿tiene seguro?”, “sí tiene”, “aquí no pertenece, si tiene seguro pues que lo lleven al seguro, nosotros no lo podemos operar aquí porque tiene seguro”. Pues ¡ahí está! Regresaron al Juárez y por poco no lo reciben otra vez, tardó como un día. Hablaron con los doctores y tardó como un día sin medicina, no tenía nada, nada más estaba sentado y le estaba doliendo su pierna. Pues ni modos, lo recibieron otra vez pero con trabajo. Todo eso lo vi y lo oí en el seguro.

**Doña Mari, esposa:** Don Pedro tenía un terreno grandecito, como de tres hectáreas, y lo tuvo que vender para que tengamos dinero durante los días que estuvo hospitalizado. Cuando estaba él ahí y se me gastaba el dinero prestaba (pedía prestado) y ya cuando salió vendió su terreno. Entonces ese dinero que habíamos prestado lo regresó y nos quedamos con el resto. Así lo hacíamos. Cuando lo volvieron a ingresar, lo mismo hizo. Creo que tenía tres o cuatro ganados y los vendió para que tengamos dinero. Pero ahorita ya no tiene nada; hasta él lo dice: “si me enfermo, ya está”. Nada más porque había eso, si no, creo que iba a ser peor nuestra necesidad. Cuando él quedó así iba a estar muy duro porque ahorita solo su jubilación le pagan.

**Romualda, hija:** Cuando regresó a su casa ya estaba deprimido, deprimido porque él estaba acostumbrado a salir, a caminar, a trabajar en el campo, a él eso le gustaba y ya no podía ni caminar, entonces, fue un drama para todos. Todos estaban llorando y ya por fin...una de mis tías llegó, una de sus hermanas, y le empezó a explicar: “pues todavía no ha llegado la hora de tu muerte, hay un Dios que existe, te está dando todavía la vida y tienes que resignarte, pero hay muchas cosas en la que nos puedes ayudar estando vivo. Tienes que poner de tu parte, tienes que sanar.” Nunca lo dejamos solo, estuvimos con él, cuando eso yo ya estaba aquí, estuvimos junto a él.

Cuando yo vi así a mi papá, me sentí morir porque estaba acostumbrada a verlo caminar y andar y luego me decía: “ya no sirvo para nada, ¿para qué quiero vivir? Mejor me hubiera muerto”. Sientes así que te desgana pero ¿cómo lo ayudas? Fue muy doloroso, se siente horrible, se siente horrible, es algo que no pensábamos vivir. Pero ya después creo que a lo largo de la vida empiezas a valorarlo, el tiempo nos ayudó. Igual nosotros nos resignamos a verlo así sentado.

**Doña Mari, esposa:** Él no se sentía bien, tenía que estar acostado y por ejemplo, para bañarlo era difícil porque yo tenía que moverlo de su silla y pasarlo a otro lado y pues, eso es lo que me daba trabajo porque ya no tenía sus piernas. Pero antes yo estaba más joven y podía manejarlo, pero poco a poco se fue acomodando él solo, se empezó a sentir bien. Pero la verdad, en el momento que se quedó así había momentos en que me decía que no me quería dar ese trabajo, porque cuidar a un enfermo es un trabajo muy difícil. Me decía: “me siento mal porque no hace mucho tiempo que vivimos juntos y no pensé que me iba a pasar esto. Yo pensé que nos iba a ir bien, nada de enfermedad”.

### **Historia de la tercera complicación, le quitaron hasta antes de la entrepierna derecha**

**Don Pedro:** La pierna derecha me la operaron otra vez, hace como cinco años ahorita me quitaron otro pedazo. Es que se llagó debajo de donde estaba mi rodilla, allá abajo salió un *chan* negocio,<sup>73</sup> estaba negrito. Me checaron por el doctor y me dijo: “hay que ingresarte otra vez porque este pedazo ya está perdido”. Pues me llevaron, otra vez me ingresaron y me checaron y el doctor enseguida me dijo: “no te vas a ir, aquí te vas a quedar porque esto ya avanzó, si esperamos mañana o pasado mañana va avanzar más”. Pues ni modos, como allá estaban todos mis papeles, pues me tuve que quedar.

---

<sup>73</sup> La palabra negocio se usa en el léxico yucateco como un comodín cuando se olvidan los nombres de las personas o cosas y, cuando se desconocen las palabras exactas para designarlas.

Hice como quince días y ya se había quedado negro todo este pedazo de abajo de mi rodilla, fue el doctor y me dijo: “don Pedro, ¿cómo está?”. Como quince días hice en el hospital, me quitaron de la rodilla para arriba y quedé así. Cuando me lo quitaron me dolió, duele, muchísimo. El día en que me operaron me dolió. También cuando me cortaron mi pierna, por poco me muero, un dolor, un dolor y estaba chorreando la sangre y le dije al doctor: “¡drógueme!”. Hasta ahorita me quedé así, es la consecuencia de la diabetes. Ahorita pues gracias a Dios no me duele.

### **Historia de las complicaciones en los miembros superiores, la mano izquierda y derecha**

**Don Pedro:** Me operaron mi mano izquierda, por poco la pierdo, se llagó. Me la atendieron en Umán, allí me ingresaron esa vez, allí me cortaron, la abrieron, quedó feo, lo vi, estaba viendo que me operen, pura materia sacaron.

**Doña Mari, esposa:** Le salió un granito en su mano izquierda que por poco se le infecta pero no se le infectó porque se lo trataron acá en el seguro, no tuvo que ir al hospital. Eso le pasó en el baño, cuando se pasó de una silla a otra, creo que había una piedrita que le pinchó donde se apoyó pero yo no me di cuenta si la piedrita se le metió. Un día me dijo: “¡me duele, ve mi mano, me duele!” y cuando la vi que un pedazo de la palma de su mano estaba blanquita pero después cuando la volví a ver ya estaba quedando roja. Entonces, lo llevé al seguro y me dijeron: “¿qué le pasó?”, lo dije y me dijeron que tenía que tener cuidado con él en la forma en que se maneja.

**Don Pedro:** Después, la mano derecha como agüita tenía adentro, como granitos, se quedó grande, se hinchó todo. Pero no me la operaron. Esa vez me dijo el doctor: “tienes que ir otra vez al hospital para que te chequen”. Pero yo, la verdad... mi esposa me dijo: “ni modos, hay que ir, te vamos a ingresar otra vez”, “¡yo no!”. Solo era agua, no me dolía. Me dieron entonces agujas para ámpulas porque me inyectan, agarré una y la lavé con alcohol, entonces, me empecé a pinchar la mano, dos huequitos le hice y vi cómo salía el agüita, se quedó limpio. Yo lo limpié, yo lo hice, agarré la aguja y el alcohol y ¡jálale!, quedó un poquito y al otro día lo pinché otra vez, salió todo y listo. Con eso ya no me ingresaron.

### **Situación actual**

#### **Un día normal en su vida**

**Don Pedro:** Pues así como está, yo lo que hago es nada más un poco de movimiento, ejercicio, es eso, hago un poco de ejercicio de mi cuerpo. Me levanto temprano. Nada más eso porque no puedo hacer nada más porque no puedo salir yo solo. Un poco de ejercicio hago en mi hamaca porque así se queda saludable mi cuerpo, mis venas, todo. Me siento un poco saludable. Cada mañana, en la noche voy a dormir y hay veces también lo hago, hago ejercicio para mi cuerpo y ya, también queda conforme mi cuerpo. Eso nada más, no puedo hacer más.

Me despierto temprano, a veces, a las seis de la mañana ya me desperté. A veces, a las cinco de la mañana oigo que se vaya el camión, como los vecinos se van a trabajar viene una camioneta a buscarlos, pita y ya están listos. A las cinco de la mañana me despierto pero a veces, me duermo otra vez pero no es constante.

**Doña Mari, esposa:** Él temprano se despierta, desde las seis de la mañana o desde las cinco y media me dice: “¿ya amaneció?”, “no, todavía es temprano, yo no he terminado de dormir, yo todavía tengo sueño”, “se están yendo los señores a trabajar”, “sí, pero los señores se van temprano, todavía es temprano”. Cuando me doy cuenta ya está durmiendo otra vez. A veces, está durmiendo, está durmiendo y yo despierto y veo que son las siete y media o las ocho de la mañana, me levanto, voy a preparar el desayuno

mientras él se está estirando. Ya que esté listo el desayuno lo vengo a buscar y lo saco allá atrás, y desayunamos.

**Don Pedro:** A veces, desayuno temprano como a las siete o a las ocho de la mañana. Mi esposa y yo nos levantamos y vamos a desayunar. A veces, desayunamos con mi nuera pero no siempre porque el nené (bebé) está durmiendo y a las ocho de la mañana se está levantando, cuando se levanta nosotros ya desayunamos. Comemos en el cuartito de atrás, mi esposa me pasa en mi silla, me lleva, mete la mesita allá y ya estuvo.

**Doña Mari, esposa:** Después se lava las manos, se cepilla y dice así: “está muy caliente acá, sácame allá afuera” y lo saco, lo llevo al solar con su silla, allá se queda sentado en la sombra y me dice: “ya me cansé, llévame a mi hamaca”. Agarro, lo llevo a su hamaca y le digo: “yo voy a cocinar, si quieres dormir duerme y luego te vengo a buscar cuando esté lista la comida”.

**Don Pedro:** Me siento a descansar en mi silla, luego me canso y me lleva a mi hamaca, me acuesto. Me fastidio aquí en este cuarto porque está caliente pero me sacan afuera, le hablo a mi esposa y le digo: “sácame allá afuera, ya me fastidié aquí adentro” pues me saca a pasar el tiempo. Como hay sombra allá, es diferente. Si me canso de estar sentado le digo: “ya me cansé, llévame a mi hamaca”. Tardo como dos horas afuera, calienta el sol allá y me traen. A veces, ya me cansé de estar sentado y me acuestan, a veces me duermo, a veces no. Al medio día vamos a comer, me viene a buscar y me saca allá afuera. La comida a veces la trae aquí, me levanto a comer y si hay sombra afuera me llevan otra vez porque estoy lleno y tengo que esperar un ratito para acostarme. Puro así, me lleva, me trae, cuando me fastidio me mete otra vez. Pues es el trabajo de mi esposa, pues gracias a Dios nunca se ha quejado. Al rato le digo: “quiero salir”, “sí, ahorita”. Pues es eso, aquí me fastidio. Cuando calienta el sol aquí hay calor.

**Doña Mari, esposa:** Me pongo a cocinar y luego, voy a verlo pero veo que está bien dormido y pienso: “creo que no tiene hambre”, pues espero que despierte. Cuando despierta le digo: “ya está lista la comida, ¿vas a comer? Si no, te esperamos un rato”, “no, ya tengo hambre”, “pues vamos”. Lo trepo en su silla, lo saco, nos sentamos a comer y cuando terminamos estamos platique y platique y le digo: “no sé qué vas a hacer ¿te vas a acostar? o ¿quieres salir? Porque voy a lavar los trastes” y me dice “vamos, sácame allá afuera” ó si no, me dice: “llévame a mi hamaca”. Cuando termino de lavar los trastes voy a verlo al cuarto y le digo: “¿no tienes calor?, ¿te prendo el abanico?” y me dice: “está bien, ¿te vas a acostar?” y le digo: “sí, me voy a acostar, voy a descansar”. Me acuesto y me duermo.

**Don Pedro:** Me baño como a las cinco de la tarde. A veces, me baño al medio día pero a las cinco de la tarde me vuelvo a bañar otra vez, pero como tengo tos no me baño diario dos veces, una vez nada más y ya estuvo. Antes por el calor me bañaba hasta tres veces pero hoy no puedo.

**Doña Mari, esposa:** Solito se baña, lo meto en el baño, allá tiene su silla especial, se cruza ahí él solito, le arrimo el agua, le acomodo el banquillo, le trepo una cubeta de agua, le pongo su toalla, su jabón y él solito lo agarra, se echa el agua, se enjabona, él solito se seca, y se viste, pero lo vigilo por si quiere que lo ayude. Cuando termina de bañarse se pasa a su silla de ruedas y se rasura.

**Don Pedro:** Yo me rasuro, no lo veo pero lo agarro así y donde siento que ya creció, lo quito. A las seis de la tarde o a las siete de la noche, salgo a la puerta de la casa. Mi esposa y yo *chan* conversamos allá. A veces, salen los chamacos, se ponen a jugar, se ríen. Si no viene la vecina, conversa con nosotros en la puerta pero no es diario. Así nomás. A las 10 de la noche estoy entrando a dormir. Como agarro un poco de fresco, cuando entro a dormir, estoy contento.

**Doña Mari, esposa:** Sale un rato a tomar fresco en la puerta de la casa. Se queda ahí hasta las siete o siete y media de la noche, luego entra y toma su leche, come sus galletas pero saladas y solo eso porque no cena. A veces, come su *Corn Flakes* pero el

especial para diabéticos. Come un poco y si se siente lleno no se quiere quedar acá adentro, lo tengo que sacar afuera otra vez y cuando él diga que ya quiere dormir lo vuelvo a meter.

Pasan las vecinas, le hablan, se paran a platicar con él. Hay una vecina de aquí cerca que sale de su casa, pasa y lo saluda y después, cuando regresa se queda un ratito a platicar con él. Luego, don Pedro entra a la casa, toma sus pastillas y si quiere agua le doy agua y se acuesta a dormir; así hasta al otro día.

Así es su vida diaria de él. Cuando tiene cita con su doctor igual yo lo llevo en su silla de ruedas. Ahora tiene cita cada dos meses, yo lo acompaño, lo bueno es que me dejan entrar.

**Don Pedro:** Hoy puro descansar hago pero me fastidio, me siento, me acuesto. No se puede hacer más, nada. Ahorita que no veo nada más comer, comer hago. Escucho la radio pero aunque hay tele no puedo verla, no veo. Solo a mi esposa le gusta, yo escuchar nada más porque no puedo ver. Enciendo la radio, me acuesto y escucho un poco de música. Así me paso diario, no hay más.

### **Pérdida de movilidad en sus manos**

**Don Pedro:** Ahorita me siento saludable, me siento bien. No sé si voy a seguir así pero ahorita como bien, está grande mi panza. Nada más que mis dedos están entumidos. A veces, agarro la tortilla para comer y se me cae, la vuelvo a agarrar y se me cae otra vez. No tienen fuerza mis dedos, el doctor me dijo que es por la diabetes: “te tiene que pasar pero mientras que no se llague eso es natural”. Pues ni modos, hasta ahorita a veces no tengo fuerza.

Mis manos todo el tiempo están entumidas pero desde hace tiempo que se quedaron así. Desde que me operaron se quedaron así pero no siento que a cada rato me están doliendo.

**Doña Mari, esposa:** Él dice que su cuerpo está bien, lo único que le pasa es que no puede ver y sus manos se le entumen. Ya no come él solito, hay que criarlo. No puede comer, se le cae la comida. Están entumidos sus dedos, no los siente. Ya fuimos a consultar al seguro de acá y el doctor dijo que a todos los diabéticos les pasa eso. Yo también soy diabética pero a mí no me ha pasado. Aunque, cuando lavo me empiezan a doler los dedos, se cansa uno. Se lo expliqué al doctor y me dijo: “es que... ¿sabe qué pasa? El diabético necesita tomar mucha vitamina”, pero no lo dan en el seguro, yo no sé porque no dan vitamina. Me dice que debo tomar vitaminas pero no me las da.

**Romualda, hija:** Lo que le pasa ahora es que no le gusta salir, por ejemplo, si los invitan a algún lado muy pocas veces va, porque dice que le da pena porque al comer se le cae la comida, o sea, piensa que sólo lo están viendo. Me dijo el otro día: “soy un ciego, soy un mocho ¿qué voy a hacer y qué voy a ver?”. Ir a fiestas ajenas no le gusta. Viene acá con sus hermanas, con sus hermanos pero así por ejemplo con otras personas no, “me quedo y ve tú a la fiesta” le dice a mi tía.

### **Situación económica**

**Don Pedro:** Ahora no estamos ricos pero cuando menos hay para comer, para el gasto.

**Doña Mari, esposa:** su jubilación a veces le llega a \$2000, a veces \$1800, ¿qué vamos a hacer con eso en un mes? no alcanza. Tengo que ver cómo me alcanza con \$2000. Nada más porque yo no me dejo, porque vendo mis flores. Agarro, corto mis flores y me voy a vender para terminar la quincena, ¿pero y si no tuviera flores? A veces, llevo hasta 30 ó 40 atados pero me canso porque lo tengo que cortar y amarrar, cuando amanece lo empaco para llevar. Cuando llego a Mérida estoy andando y entregando en las florerías, abrazadas las llevo.

Yo como no puedo ir a trabajar... hay señoras que salen y se van a Mérida, pero yo no puedo porque él está así y no lo puedo dejar. Entonces ¿qué chamba más voy a hacer?

Pues lo de mis flores. Lo dejo solo una hora, comemos y así como ahorita, en vez de que yo me acueste voy a ver qué voy a hacer con mis matas, si está lóbrego deshiero.

Pues el único problema que yo tengo...para ser clara yo estoy muy tranquila cuando voy a cobrar su jubilación de él, me siento muy tranquila, porque ya tenemos para comer. La única desesperación que me entra es cuando me quedo sin dinero y sí lo pienso porque a don Pedro cuando amanece le tengo que dar sus galletas de soda o algo así de dieta para que coma, su avena, su leche. Cuando yo me veo sin dinero trato de no pensarlo tanto porque me tengo que cuidar igual que él.

Igual el pago de oportunidades no es cada mes, es cada dos meses y es cuando me ayudo y quedo tranquila. Cuando me quedo sin dinero me entra la desesperación pero tengo que ver qué hacer pero ahorita con la venta de flores me ayudo mucho. Algunas señoras me piden para la novena, agarro las corto y se la doy y digo así: “no es nada, es para la Virgen”. Ella me va a dar para que yo tenga más. Ahorita que hay mucha novena puro eso hago, no lo cobro, se los regalo para la Virgen porque yo pienso que ella tiene que ver cómo me va a cuidar.

Lo bueno es que él tiene mucha paciencia, no se desespera. Cuando no tengo dinero le digo: “¿cómo lo vamos a hacer?”, “no lo pienses porque si lo piensas te vas a enfermar”. Me dice: “estate tranquila”. Yo me desespero y le digo así: “¿cómo lo vamos a hacer? Porque yo ya no tengo dinero” y él muy calmado me dice: “¡déjalo! Dios dice que dónde come uno tienen que comer más de dos”.

Mi hijo con su familia comen aparte aunque vivimos juntos, pero a veces mi hijo compra la cena y nos invita; me dice: “vente mami, que vengan a cenar”. A veces me dice: “no compre su vianda, yo le invito”. Pero cuando no tiene no me invita. A mí no me gusta pedirle a mis hijos, me da pena porque ellos con trabajo tienen para vivir, cada uno tienen su familia.

### **Cuando se le sube el azúcar**

**Don Pedro:** De la diabetes lo más feo, lo más duro es cuando se sube el azúcar de uno porque no se baja solita, hay que ingresarnos en el hospital. Dicen los doctores que es peligroso porque, a veces, no baja y la consecuencia es la muerte. Si se sube es peligroso y si se baja es peligroso también.

**Doña Mari, esposa:** Una vez se le subió su azúcar, llegó a más de 500, pero pues gracias a Dios aguantó porque enseguida lo llevamos al seguro, le dieron su tratamiento y en dos o tres días se le normalizó.

**Don Pedro:** Cada mes voy a mi cita y veo que está un poco subida mi azúcar a veces 200, 250, 300, no se baja. Pues yo creo que es por el pozole, pero también como con tortilla. El doctor dice que: “la tortilla pesa, el pozole pesa” y yo creo que sí. Pero me dan ganas de tomarlo, esta semana lo tomé dos veces nada más. A veces, en un mes lo tomo hasta cuatro veces. Solo como cuatro tortillas hechas en máquina, si tengo mucha hambre como hasta cinco y ya estuvo. En el desayuno como un poco de galletas de soda u otras galletas y ¡listo! Tomo un poco de leche y si no hay, un poco de café y ya estuvo. Ya tiene cuatro años ahorita que no llega a 200, una vez se subió más pero porque tomé pozole, abusé, me di cuenta. Por el pozole y porque comía bien.

**Romualda, hija:** A veces, se desnivela su azúcar porque la otra vez se le subió un poco y le empezaron a dar unos dolores en las piernas y no sabíamos qué era, temblaba, se sacudía y decía: “tengo frío”. A raíz de eso lo llevamos acá en la clínica y no nos dijeron por qué le pasaba. Entonces, lo llevamos a un particular y el médico nos dijo que cuando está temblando y tiene dolor es que su azúcar está alta. Entonces eso nos guía un poco, porque si empieza a sentir dolor ya sabemos por qué, qué se puede hacer. Hubo una ocasión que fue al revés, se le bajó mucho el azúcar. Empezó a sudar, a sudar y fue porque se le bajó mucho el azúcar. Entonces, son los dos síntomas.

Ha estado controlado pero de repente tiene días alterados. A veces, tiene un poco de problemillas con los muchachos... como son jóvenes casados, creo que a veces se pone a pensar que no está bien lo que están haciendo. O mi hermano, a veces, le hace pasar un corajito... sí vemos que a veces está muy intranquilo pero ya él sabe que tiene que cuidarse.

**Don Pedro:** Una vez, pues tuve un poco de molestia por el asunto de mis terrenos porque tengo dos terrenos y creo que me molesté y por eso se subió mi azúcar. Pero hoy no llega a 200, lo más 140, 130, 120 cada dos meses. Ahorita cada dos meses tengo cita, no cada mes.

### **Qué puede y qué dice comer**

**Don Pedro:** El doctor me dijo: “no vas a comer cualquier cosa, no vas a tomar cualquier cosa, los refrescos embotellados ¡no! Tienes que cuidarte. No vas a comer grasa, no vas a comer enlatados, no vas a comer panuchos, cochinita ni empanadas. Pura comida de dieta, leche de dieta, refresco natural, refresco de china (naranja dulce), limonada, toronja; esos son los refrescos que puedes tomar.

La chicharra (chicharrón de cerdo) ¡cuidadito!, eso no se come, tampoco el mondongo (panza de res). No debes comer mucho huevo porque no te conviene. Lo que puedes comer es gallina asada, en sopa. Nada más eso. El francés no lo vas a comer”. No sé por qué me prohibió el francés, me dijo: “no vayas a comer mucho francés, nada más de vez en cuando *chan* comes un pedacito, el café no lo puedes tomar” pero el café está bueno.

También me dieron una lista de lo que puedo comer: “puedes comer pescado, si diario hay pescado diario vas a comer pescado, porque el pescado viene del mar y no tiene nada malo”. Pero ¿cómo voy a comer puro pescado? está caro el pescado. Cuando hay dinero sí lo puedo comer. Pero a mí la gallina casi no me gusta, antes la comía asada con una sopita pero desde que me ingresaron en el Juárez no me llama comerla; me traían pecho de gallina, pero sólo pecho o si no una pierna pero la comí y no me gustó, se sentía mucho el aceite, no tenía pimienta ni sal estaba simplemente así. Me la llevaban y no la comía, comía un poco de melón o de sandía y ¡ya estuvo! Cuando salí del hospital mi esposa me preparaba gallina y no la comía. Pues ahorita hasta el puerco como, lo como con frijol, si no asado. A veces, pasa el vendedor de mondongo, lo compro y lo como, pero no es diario es de vez en cuando.

Hay un doctor del Juárez, es buena gente el doctor, que me dijo: “tú puedes comer toda clase de comida pero nosotros debemos decirte que no la comas porque hay personas que abusan, se les da permiso pero diario quieren comerla. Claro que les va a ser mal y lo primero que van a decir es ¡el doctor me lo dijo! Usted es una persona grande y creo que puede comprenderlo. Tú puedes comer de todo. Puedes comer chicharra, ¿tienes ganas de comerla? ¡Cómela! Pero de vez en cuando; si te llama otra vez, la comes otra vez. Puedes comer cochinita pero no todo el tiempo porque lleva muchos condimentos”. Le pregunté: “¿y la cerveza doctor?” porque me dio confianza en que está conversando y vacilando, “si tienes ganas tómate una, pero no vayas a decir que yo te estoy diciendo que tomes diario. La cervecita es un poco de vitamina para que coma uno porque, hay veces tomas una cervecita y después... ¿sabes cómo come uno? Te dan ganas de comer. Puedes tomar aunque sea una media (355ml.). A los ocho días si tienes ganas puedes tomar otra media y ¡ya! No te digo que tomes un cartón, sólo una media”. Es buena gente el doctor, te explica bien las cosas.

### **Medicamentos que toma**

**Don Pedro:** En el seguro me dan mi control para la diabetes, son unas pastillitas (glibenclamida). Antes cuando se me subía mi azúcar me daban unas pastillas grandes (metformina) pero a mí no me convenían, me daban diarrea por eso las dejé de tomar



pero no se lo dije al doctor. Cuando estaba subida mi azúcar hasta cinco pastillas diarias de glibenclamida me tomaba. El doctor me dijo: “toma cinco, dos en el desayuno, dos en el almuerzo y una en la cena”, cinco. En que iba cada mes me dijo el doctor: “si quedas bien, ahora vas a tomar nada más tres, una en la mañana, una al medio día y una en la tarde”. Pero hoy tomo solo dos nada más porque el doctor me dijo: “solo vas a tomar dos, una en la mañana, una en el almuerzo y ya estuvo”. Pues hasta ahorita no me hacen mal, me caen bien en el estómago.

Pues hasta ahorita esa es la única más medicina que tomo. Antes tomaba *X'kakaltun* (*ocimum micranthum*) la hacía *ya'ach'* (mastrujar) y la colaba con el colador y después tomaba el agua porque era buena para bajar el azúcar. Pero hace como cuatro años que no la tomo. Mi difunto abuelo y mi abuela estaba conversando entre ellos sobre la enfermedad de la diabetes y dijeron que el *X'kakaltun* era bueno, antes casi no había diabetes. Lo probé y lo empecé a tomar también, iba al monte y lo buscaba en el camino.

Tuve un cuate que tenía como 30 ó 35 años con diabetes pero no iba con el doctor sólo *X'kakaltun* tomaba y me decía: “no voy al seguro, aquí está mi medicina”. La arrancaba, la metía en su sabucán y cuando regresaba de su trabajo la hacía *ya'ach'* y se la tomaba. Pero se enfermó más, se secó, quedó flaquito. Cuando lo llevaron con el doctor le dijeron: “está seco su cuerpo, está seca su sangre”. Porque el *X'kakaltun* secar hace, está bien que uno lo tome, pero no solo eso. La medicina del seguro te ayuda, sí puedes hacer remedio pero cuando está muy subida tu azúcar.

Pues ahorita gracias a Dios estoy bien. No me siento mal de mi cuerpo, ni siento algo. Como bien, desayuno bien pero a la medida. Nada más que a veces me duele mi cadera en que estoy sentado y me canso, nada más eso.

### **Relación con su familia**

**Don Pedro:** Me llevaba muy bien con uno de mis hijos pero se murió, era cariñoso conmigo. Desde que me casé con ella, cuando estaba bien, él venía y me traía un poco de comida, mandaba a su esposa y le decía: “llévaselo a mi papá”. Tenía más confianza y amistad conmigo, tal vez me quería pero, se murió.

Me quedó uno, es el más grande pero él no es igual, ese no viene a verme ni me manda nada. A veces me invita a comer, porque tira venado, vienen mis nietos que ya están grandes y me dicen: “vamos a comer abuelo, mi papá mató un venado, me mandó a buscarte, vamos a comer a mi casa”, voy y ¡listo, ya estuvo! No hay más.

Tengo dos hijas, pues ellas desde antes de que se casen estaban trabajando en Mérida, regresaban de trabajar los sábados y pasaban a saludarme: “¡papi!”, “¿cómo están? Pasen”, “bien”. Me daban pan, leche, yogurt. Ellas cada ocho días vienen y me traen mi *chan* mercancía. Pues ellas gracias a Dios hasta ahorita, aunque se casaron no me olvidan, siempre vienen, me invitan a comer, me llevo bien con ellas. Pero el hombre es diferente, no lo puedo obligar porque tiene hijos.

Mis hijas siempre están pendientes de mí pero luego de que me casé con mi esposa, pasaron como seis meses y no venían, se medio molestaron porque las dejé. No querían pero ni modos. Pues no tardó, después empezaron a venir, nos llevamos y seguimos juntos otra vez ¡listo! Hasta mis yernos vienen y me dicen: “¿qué pasó suegro?”. Vienen a pasear, me voy con ellos, me respetan. A veces me invitan a comer y voy. Pues así nos llevamos, gracias a Dios estamos juntos. Ellas no cambiaron, lo único es que el hombre es diferente.

**Romualda, hija:** Somos tres sus hijos, yo, mi hermana y mi hermano. Mi hermano está más alejado, siempre han tenido problemas...como que está más alejado de mi papá, creo que por su carácter, yo digo que chocan. Las que estamos más cerca somos nosotras dos.

Pues yo he visto bastante bien a mi papá y creo que él mismo se resignó y ya cambió hasta su forma de ser. Es más cariñoso con nosotros porque antes era muy regañón, no nos pegaba ni nada pero si era muy regañón, estaba muy alejado de nosotras. Lo que le pasó como que nos unió un poco más. Cambió pero también tiene sus momentos muy fuertes. Por ejemplo, con nosotras las mujeres se acercó más.

Tiene sus momentos pero la verdad es que como todo hay su lado bueno y su lado malo. Ahora como ya está más grande ya no ve, entonces, como que ya se le juntó otra vez. A veces, lo entiendo y le doy la razón porque nada más puede estar rodeado de alguien que lo ayude porque no puede solo, ya no ve.

**Don Pedro:** Pues gracias a Dios mi esposa y yo nos llevamos bien, estamos juntos, no hay dificultad, no hay pleitos, no hay chismes, no hay celos, no hay nada. Siempre me atiende bien, nunca me ha dicho que ya se cansó o que me va a dejar o algo así. Vivimos tranquilos hasta ahorita.

**Doña Mari, esposa:** Yo veo que él aunque está enfermo, está bien, no piensa nada, está feliz, siempre está feliz pero muchos me dicen que es porque estoy así junto a él y porque siempre nos llevamos bien, no nos peleamos ni nos disgustamos. Problemas si hay pero es natural, es un rato y ya. Hasta ahorita estamos bien, estamos tranquilos, nuestra vida es ésta.

### **Reflexiones con respecto a su enfermedad**

**Don Pedro:** Ya llevé varias operaciones. Hoy milagro que no estoy viajando al hospital por la diabetes. Pues ni modos, muchas cortadas ya llevé. Ya aguanté demasiado ¿no así es?

Pues así como está...mi vida cambió porque hoy no tomo, de antes tomaba, me emborrachaba, tomaba mucho pero ahora no. Después de que me cortaron pasó un tiempo y empecé a tomar una vez al mes, en las fiestas *chan* tomo pero no es para emborracharme y así hasta hoy. Cada mes tomo una *chan* cuartita y no entra más ¡ya estuvo!, no entra, no se puede. Pero de antes sí.

Ahorita gracias a Dios no me doy cuenta si estoy mal. Parece que estoy bien, hay momentos en que parece que estoy bien. Porque hay personas que no estarían contentas si estuvieran como yo, quisieran caminar. A veces, quisiera ir a algún lugar y no se puede, quisiera tomar algo pero no se puede. A veces, se sube mi azúcar, a veces pasa algo malo en mi cabeza pero si lo pienso solo voy a matarme. No me pongo a pensar que estoy mal, que no puedo trabajar, que no tengo dinero...porque si lo pienso ¿cómo le voy a hacer? Más me voy a empeorar por la enfermedad. Le pido a Dios que esté bien, aunque sea así. Pues así como estoy no está mal.

Extraño mi trabajo. Yo de antes hacía mi milpa, tumbaba, cortaba penca, chapeaba. Me gustaba chapear los planteles, cortar penca, cortar leña. Cuando no había leña iba al monte la cortaba y la traía. Eso extraño porque no puedo hacerlo. Yo hacía mi milpa, eso lo extraño porque ya no puedo hacerlo más, no puedo completamente, no puedo ir. Mis manos están bien pero lo demás no.

Es eso nada más porque tuve juventud. En mi juventud a la edad de 15 años empecé a ir a bailar, a divertirme. Me gustaba el baile, iba a las fiestas, cada año iba a Izamal. Me gustaba tomar, era tomador pero cuando me pasó eso lo dejé. No estoy arrepentido, lo hice y ni modos, no lo pienso.

A veces, me pongo a pensar que no puedo caminar, ni modos. Pero no lo pienso mucho porque si no tal vez me muero de una vez, ¿cuántos años ya pasaron ahorita? Cuando recién me habían operado, me llevaron al parque, vino un cuate y me dijo: “¿qué pasó? Mare te quitaron tus piernas, hay Dios ¡no vas a ver más tiempo!”, “¿por qué?”, “no vas a aguantar”. De plano me lo dijo y le contesté: “¿por qué no voy a aguantar? Si ya aguanté cuando me cortaron. Hasta ahorita no me siento mal” y me dijo: “pero no, hay lo verás, dos años o tres cuando mucho vas a ver... ¡ya estuvo, estás muerto!”. Me lo

dijo porque así le pasó a su esposa, le cortaron un pie pero él no tuvo atención con ella. Amaneciendo se iba y cuando venía en la tarde todavía la doña no había podido levantarse de su hamaca, no había nadie que la atendiera, pasaba hambre y no tardó mucho, como dos años después de que le quitaron su pierna, se murió.

**Doña Mari, esposa:** a mí me dio coraje, me molestó mucho que se lo dijera así, pero don Pedro no lo pensó.

Igual cuando lo operan, no se altera. Le digo: “¿no lo piensas así?”, “pues ni modos. Dios sabe lo que hace y además, si me pongo a pensar todo el tiempo no voy a quedar bien. En cambio así, creo que Dios me ayuda porque no me encapricho a pensarlo”.

Don Pedro está tranquilo. Yo le digo: “el día que yo quede como tú ¿quién sabe quién me va a atender a mí?, ¿quién sabe cuál de mis dos nueras se va a dedicar a cuidarme como yo lo hago contigo? Porque yo sí lo voy a pensar, porque yo no voy a poder lavar, no voy a poder arreglar acá. Estoy acostumbrada a deshierbar donde están mis flores, en la puerta pero... cuando yo esté en mi hamaca ¿cómo lo voy a hacer? No voy a tener nada para hacerlo. Yo sí lo pienso pero él no, está tranquilo, nunca lo ves desesperado.

#### 1.4 Análisis del caso

Don Pedro logró adaptarse con paciencia y resignación a su condición de incapacidad propiciada por las complicaciones de su enfermedad. Su labor ardua en el campo y en la industria henequenera le procuró el derecho a su jubilación y, en la actualidad este ingreso le ayuda a sobrevivir. El papel de su esposa es importante en la medida que sido la única persona que en todo momento ha estado pendiente de su cuidado y atención. Ahora, esta mujer también padece diabetes y sostiene una lucha constante para sentirse bien y seguir apoyando a su esposo, además complementa el gasto mensual con su trabajo en la floricultura. Las actividades cotidianas de don Pedro se han reducido al ámbito familiar privado pero, explica que se mantiene sereno a pesar de sus malestares.

Un elemento central en este caso es que la experiencia de don Pedro con la enfermedad está marcada por una historia familiar de diabetes y amputaciones, en su padre y hermano menor. Sin embargo, este hecho no contribuyó de manera positiva en la prevención y curación de sus heridas en los pies. Además, su escepticismo al recibir por primera vez el diagnóstico de diabetes retardó la toma de decisiones, ya que, continuó con su desmesurado consumo de alcohol. En dichos términos, transitó por un proceso personal en el que intervinieron, como punto de partida, sus trágicas pérdidas. Esta sumatoria permite especular acerca de las posibles causas de su enfermedad, tanto a nivel emocional como en relación al daño que le pudo haber propiciado la bebida. Por otro lado, las condiciones climáticas y en las que se da el trabajo del campo hace muy difícil una adecuada protección en el pie de personas con diabetes, los recursos con los que contaba don Pedro le impidieron la prevención de otro tipo de lesiones.

Los elementos constituyentes del drama social son: la muerte de tres personas cercanas de su familia, la unión conyugal con doña Mari, los períodos de hospitalización y las amputaciones. En este caso, se trata de un proceso dramático que se ha visto agudizado a lo largo del tiempo. En un lapso de dos años, don Pedro sufrió por el fallecimiento de su suegra, esposa e hijo; el posible impacto emocional de las pérdidas propició que se dedicara al consumo excesivo de alcohol y se alejara gradualmente de su hijo e hijas.

Otro conflicto familiar se generó cuando don Pedro y doña Mari unieron sus vidas. Esta mujer se encontraba deshecha porque su esposo la abandonó dejándola a la deriva con sus dos hijos pequeños; le hacía falta una figura masculina que le procurara ayuda económica y enseñara a sus hijos las labores del campo. Por su parte, don Pedro experimentaba cierta soledad y malestar anímico, además, necesitaba a una mujer que lo apreciara y atendiera. Así, los unió un sentimiento de pérdida; ambos requerían superar una serie de crisis y aliviar sus penas. Esta situación produjo disgusto entre los hijos de don Pedro, ya que, se sintieron abandonados y sorprendidos de que al poco tiempo de la muerte de su madre, su padre se juntara con su tía. Este evento marcó la vida de todos los implicados porque doña Mari todavía experimenta sensaciones de culpa y Romualda siente coraje hacia su padre y su tía. Por ejemplo, cuando a don Pedro le amputaron su pierna izquierda doña Mari se preguntó si tal desventura se debía a un castigo divino por haberse juntado. En este sentido, el drama social crea rupturas que ni con el tiempo logran subsanarse por completo.

Cuando, por primera vez, internaron a don Pedro en el hospital lo mantuvieron un mes hasta que le amputaron la pierna izquierda. Este hombre afirma que la gangrena avanzó con rapidez sin que el personal de salud pudiera evitarlo. Pero, ¿por qué tardaron tanto tiempo en operarlo? Al principio de su estancia don Pedro se negó a aceptar su inevitable pérdida, tenía miedo de morir porque conocía la experiencia de su difunto padre con esa clase de procedimientos; este hecho influyó en el retraso de su operación. Sin embargo, accedió a tal acto debido a las noches de insomnio y al dolor provocado por la putrefacción de su pierna. En este sentido, la familia de don Pedro trató de solucionar el retraso involucrando sus redes sociales de apoyo. Mediante este ejemplo se muestra que, en muchas ocasiones, sólo a través del capital social con el que se cuenta se logra una atención adecuada en las instituciones públicas de salud.

En un período corto de tiempo don Pedro perdió sus dos extremidades y con ellas la capacidad de valerse por sí mismo. La negación rotunda y la resistencia de don Pedro a la amputación de su pierna derecha constituyeron el meollo del drama social.

Doña Mari y sus hijas trataron de persuadirlo para que aceptara pero, él estaba convencido de que sin su otra pierna la vida sería todavía más difícil. Además, quiso pagar un tratamiento para conservar su extremidad, no obstante, el médico y la experiencia cercana de un señor en un estado similar al suyo lo desalentaron.

En las estancias prolongadas en el hospital, su familia desplegó estrategias específicas para asistirlo en todo momento, la cotidianidad de cada actor social se vio afectada al modificar sus agendas personales para ofrecer el apoyo correspondiente. Cada uno ayudó en la medida de sus posibilidades. Doña Mari lo acompañaba de lunes a sábado por la mañana y sus hijos biológicos se turnaban el resto de la semana. Por otro lado, esta situación generó un gasto imprevisto y obligatorio en la precaria economía familiar de los involucrados. En este caso, don Pedro poseía terrenos y cabezas de ganado que vendió para enfrentar estas circunstancias. Su enfermedad le acarrearía un impacto económico bastante alto a lo largo del tiempo.

Tiempo después de haber perdido ambas piernas se le presentaron malestares en su mano izquierda y acudió al seguro de Kinchil para que le dieran tratamiento. Los aprendizajes anteriores propiciaron que encontrara ayuda de inmediato para prevenir catástrofes subsiguientes. Cuando su mano derecha se vio afectada, don Pedro decidió tratarse en casa con los recursos que tenía a su alcance; el propósito principal era evitar su traslado al hospital. Así, sus vastas experiencias desagradables en ese lugar lo empujaron a resistir e implementar remedios caseros en favor de su salud.

La pérdida de sus extremidades inferiores le generó a don Pedro una gran depresión de la cual pudo salir gracias a la paciencia, los ánimos y el cariño de su familia, sobre todo de doña Mari. Su condición de incapacidad modificó los planes que había construido al lado de su esposa; de tal forma, pensó en la posibilidad de ser abandonado. Sin embargo, sabía que podía recurrir a sus hijas, es decir, se sentía acogido por ellas.

Pese a las adversidades, doña Mari se comprometió a acompañarlo bajo cualquier circunstancia y hasta las últimas consecuencias. Quizá en esta decisión medió su amarga experiencia con el padre de sus hijos porque parece haberle dejado una huella imborrable en el corazón, un sentimiento de tristeza combinado con rencor, que hasta la fecha le aqueja e influye en la cuestión de la lealtad hacia su pareja. Asimismo, el discurso del sacerdote a quien le pidió consejo parece haber intervenido también en su postura para con don Pedro. El cura además de disipar sus sentimientos de culpa le enfatizó que se mostrara agradecida ante su esposo y le exhortó a demostrarle total asistencia en el caso de enfermedad. No obstante, cabe reflexionar si su apoyo también

responde en alguna medida a una preocupación en torno a su propio porvenir como persona enferma, ya que, también padece diabetes. Por otra parte, podría tratarse de empatía hacia alguien que padece su misma enfermedad.

Cuando don Pedro perdió la pierna izquierda quiso continuar con su vida normal, con su trabajo en el campo. Por ello, contrató a un par de trabajadores que se encargarían de limpiar el henequenal y cortar las pencas del agave. Don Pedro solo podía vigilar que cumplieran correctamente sus faenas; sus entenados lo acompañaban con el propósito de aprender las labores agrícolas. Sin embargo, esta época coincidió con el declive de la industria dirigida por Cordemex y don Pedro dejó de invertir en su henequenal, ya que, las ganancias generadas eran insuficientes en comparación con la inversión hecha.

Doña Mari juega un papel central en la trayectoria del cuidado hacia don Pedro. Sus antecedentes como pareja influyen sobre manera en la cuestión del apoyo. Don Pedro asistió a doña Mari cuando se le presentó un problema de piedras en la vesícula; es decir, la aseguró en el IMSS y pudieron operarla sin mayor problema. Entonces, la postura de apoyo de doña Mari hacia su cónyuge puede deberse a este historial.

La ayuda de los hijos de don Pedro se aprecia en el sentido moral y emocional, más no económico ni logístico. El apoyo de los hijos de doña Mari es casi nulo a pesar de que comparten la vivienda. Son las nueras de esta mujer las que ayudan cuando por motivos de trabajo tiene que ausentarse y dejar solo a su esposo. Los nietos son fuente de distracción y de felicidad para don Pedro, representan así contenedores emocionales.

Un proceso de empobrecimiento provocado en gran medida por la inserción de la población en actividades económicas diferentes a las primarias ha afectado a las familias de Kinchil y las ha obligado a satisfacer sus necesidades en un sentido individualista propiciado por las características del campo laboral de la economía moderna. Así, cada familia nuclear se preocupa por su sustento económico diario y deja del lado las necesidades de sus progenitores como en el caso de don Pedro y sus hijos.

En la actualidad, don Pedro se ha convertido en una persona totalmente dependiente de su esposa. Los logros que conquistó en el pasado han ido disminuyendo debido a la pérdida de su vista y del movimiento de sus manos; de tal manera, doña Mari tiene que ayudarlo en todas sus actividades personales incluso, lo asiste para comer. Aunque don Pedro poseía bienes materiales para hacer frente a los momentos críticos, su incapacidad gradual le impidió explotarlos cumpliendo así sólo la función de soporte económico. Esa creciente dependencia y el contexto de pobreza propiciaron que la única posibilidad de doña Mari sea asistirlo.

El componente más importante del drama social se refiere a las amputaciones y sus consecuencias. Por un lado, dan cuenta del agravamiento de su salud pero, sobre todo de su identidad personal aparejada a la creciente dependencia hacia otros individuos. En segundo lugar, se observa el trasfondo del carácter de sus redes sociales de apoyo. Agendas personales particulares guiaron a doña Mari a unirse con él; la soledad que experimentaba por haber sido abandonada halló empatía con la viudez de don Pedro. Se trata de una unión que conllevó tensiones y dilemas morales que, de acuerdo con los testimonios, se redujeron con el tiempo y le permitieron a Pedro contar con estructuras de apoyo, primeramente las de su esposa y las nueras de ésta y, las de sus hijas.

Don Pedro apela a una serie de recursos para mostrarse como una persona que pese a las tribulaciones experimentadas a lo largo de su vida ha podido salir adelante. En cierto sentido, para confortarse a sí mismo evita pensar en las situaciones negativas que se le han presentado. Su sufrimiento es estoico y evita una nueva crisis en medio de sus precarias condiciones de vida y de los eventuales conflictos en el seno de su familia que, suelen amenazar su estado emocional y por ende su salud. Se concibe en una situación límite pero, sostiene una lucha inquebrantable para lidiar con las complicaciones de su enfermedad y de la vida. Le han sucedido varias tragedias y todavía se encuentra en un riesgo constante así que, lo único que puede anteponer ante este panorama desalentador es su “estar bien” con precariedades. Piensa y transmite su bienestar como una necesidad para resistir las adversidades y mantener a raya las complicaciones latentes para su salud. Además, las creencias y la fe religiosa de doña Mari resultan imprescindibles en la convicción de persistir ante los infortunios. La enfermedad ha incidido en el carácter de don Pedro, ha pasado por varias crisis que lo pusieron a prueba y logró mantener la calma. Es un drama abierto porque no mantiene una solución promisorio sino que, al contrario, su situación solo puede empeorar.

### **1.5 Comparación de los casos**

El drama central en ambos casos fue la amputación de las extremidades inferiores y sus consecuencias, sin embargo, para don Chelín la atención deficiente en el hospital constituye un aspecto fundamental y, según don Pedro la pérdida en sí misma y sus consecuencias venideras representan lo dramático. A diferencia de éste último, don Chelín sigue participando en el ámbito público de la localidad por ser propietario de un cítrico y poseer una moto. Ambos se saben en riesgo pero, se presentan como capaces

de soportar con estoicismo cualquier adversidad derivada de las complicaciones de su enfermedad.

La historia familiar de diabetes y amputaciones no estableció en estos hombres ninguna diferencia en la prevención y erradicación de las complicaciones incapacitantes de la enfermedad. Pero, en el caso de don Pedro determinó su reacción y su temor ante su inevitable mutilación. Además, sus antecedentes permiten darnos una idea de la notable incidencia de la diabetes en Kinchil, se trata entonces de una problemática social de salud. Por otro lado, don Chelín, mediante un tratamiento con productos vitamínicos, logró conservar su pierna derecha. A pesar de que don Pedro poseía bienes materiales para pagar un tratamiento, el grado de gangrena de su extremidad le impidió utilizarlos porque la única solución viable fue la amputación.

La red de apoyo de don Chelín cuenta con más miembros que la de don Pedro, ya que, el primero recibe la atención de su esposa, su hija y su nuera y el segundo, solo mantiene a su cónyuge en constante disposición. Una constante en ambos casos es que el apoyo de los hombres de la familia ha sido marginal, a no ser porque el hijo mayor de don Chelín lo llevó cuando presentó los primeros malestares en su pie izquierdo. El hijo de don Pedro se mantiene al margen del cuidado de su padre y sus únicas ocasiones de acercamiento se producen dentro del ámbito familiar de las comidas. En este sentido, los referentes de la economía y la vida moderna provocan un mayor distanciamiento afectivo y tangible de los varones hacia su familia. Por el contrario, desde las visiones tradicionales, las mujeres han sido y son visualizadas como las principales figuras de atención dentro de las estructuras familiares. Contar con una pareja es fundamental en la sobrevivencia a las complicaciones y a la pérdida de los miembros, es así que ambos casos nos muestran la importancia de la presencia continua de sus mujeres en su cuidado y bienestar.

En referencia a la enfermedad, se destaca la ausencia de una estructura médica institucional capaz de responder en muchos sentidos a las demandas de las poblaciones que viven en condiciones de pobreza. De tal manera, se ven en la necesidad de echar mano de sus recursos propios, que si bien en los casos documentados no se observan como extremadamente precarios tampoco son excesivos como para responder a las prolongadas crisis de salud. Para el caso de los habitantes de Kinchil, se suma el factor distancia que implica trasladarse a la ciudad de Mérida por atención especializada y por lo tanto, la familia debe organizar sus medios con tal de apoyar a su ser querido enfermo y hospitalizado. En estas condiciones la seguridad social no representa un seguro amplio de los gastos que implican la permanencia en un hospital en un lugar distinto al de



origen ni amortigua las pérdidas económicas. Sin embargo, hay un alto costo en el transcurso de la hospitalización, ahí se ponen en juego las solidaridades en el grupo doméstico y los enfermos o las parejas identifican las verdaderas posibilidades de apoyo económico y de cuidado de los hijos y la pareja. Los prestadores de salud son ajenos a las implicaciones de estos infortunios familiares, más aún los retardos en la atención de hasta un mes son un desencadenante de hecatombes familiares, resultados de endeudamientos, crisis en las redes por los apoyos requeridos. Es así que los servicios de salud forman parte de la desventura de los usuarios y sus familiares.

La trayectoria de ambos hombres está enmarcada en un contexto de transición entre una economía rural, en la que contaban con recursos de subsistencia como tierras y cabezas de ganado, a una moderna que se observa como precaria e inestable para quienes viven en este contexto. Tanto don Chelín como don Pedro perdieron la capacidad de explotar sus bienes y la enfermedad ha contribuido a su empobrecimiento de ellos y de sus parejas al propiciar la necesidad de búsqueda de empleos asalariados con bajo ingreso, crea tendencias individualistas. Sin embargo, ambos reciben el ingreso mensual de su jubilación. En el siglo XX las familias consideraban a los hijos como un seguro para la vejez, de acuerdo a estas narrativas podemos reconocer que los padres consideran que los hijos no tienen ninguna obligación para con ellos y que su ayuda es totalmente voluntaria. Es posible que la crisis económica y la falta de oportunidades en las nuevas generaciones hayan modificado las visiones tanto de las personas mayores como de las más jóvenes.

En ambos casos se puede hablar con mayor claridad de que las experiencias del padecer de estos dos hombres se expresan aparejadas a los procesos de transformación económica, que han representado un enorme costo por las implicaciones de su padecimiento. La pérdida de posesiones, en cierto grado acompañada por la disminución de la capacidad de hacer uso de ellas por parte de los propios enfermos, y la consecuente necesidad de inserción en las estructuras asalariadas de empleo de algunos miembros de sus redes familiares obstruye de diversas formas la posibilidad de apoyo a los enfermos. La precariedad de los salarios orilla a que los recursos sean prioritariamente destinados a las familias nucleares, propiciándose así una tendencia individualista que modifica las posturas y/o niveles de compromiso hacia la persona con un padecimiento.

# CONCLUSIONES

Las conclusiones pretenden dar cuenta de la complejidad social a través de la cual transitan las experiencias, las disrupciones y los dramas provocados por la enfermedad de la diabetes, instalada en un contexto sociocultural específico como el de Kinchil, Yucatán. En primer lugar, es preciso mencionar que las altas temperaturas en Yucatán propician en mujeres y hombres la utilización de un calzado que deja al descubierto buena parte de sus pies determinando un mayor riesgo de lesiones y gangrena en personas con diabetes que no han logrado un buen control de su enfermedad. La ingesta adecuada de los medicamentos para el tratamiento de la diabetes está relacionada con su control. Si bien se reconoce que la alimentación saludable es un aspecto central e importante para el bienestar de la persona involucrada con el padecimiento, nadie da pruebas fehacientes de haber dejado de consumir con regularidad los alimentos ricos en grasas y azúcares que forman parte de la gastronomía yucateca. Además, la comida es importante para el bienestar anímico de las personas en Yucatán. La creciente exposición al consumo de alimentos y bebidas industrializadas y los hábitos alimenticios preexistentes se observan problemáticos en el manejo de las prescripciones o recomendaciones médicas para controlar la diabetes.

Por otro lado, la experiencia con el padecimiento presenta singularidades concretas porque, en cierto grado, depende del género de la persona involucrada con la enfermedad y su entorno familiar, sociocultural y económico; además, se encuentra construida y alimentada por múltiples vivencias que si bien pueden ser semejantes a las de otros individuos, conservan particularidades independientes. La experiencia del padecimiento pone en evidencia que la identidad de la persona enferma se transforma conforme ocurren hechos disruptivos en su biografía; estas modificaciones están de acuerdo con el grado de intensidad de los sucesos ocurridos. Así, la experiencia se construye y se forma en la medida que pasa el tiempo e involucra la participación de la variedad de actores sociales.

Las personas involucradas con la diabetes y las amputaciones suelen, mediante la participación constante de su red cercana de apoyo, salir adelante pese a su condición de incapacidad. Atraviesan por un proceso de adaptación pero, finalmente se resignan a su nueva vida. Además, encuentran actividades cotidianas que les permitan sobrellevar sus malestares; convierten su condición singular en parte de su cotidianidad, hallan un

sentido diferente a su existencia y se aferran a ella. Los actores sociales deben aprender a vivir con circunstancias inesperadas; el tiempo es una variable fundamental para acostumbrarse a este tipo de situaciones.

La historia familiar de diabetes no establece diferencias significativas ni determinantes en la prevención y atención de las heridas corporales. Sin embargo, las experiencias amargas cercanas influyen en la toma de ciertas decisiones importantes tales como permitir, negar o retardar una cirugía que terminará en la mutilación de una extremidad. Cada persona experimenta de diferente modo la pérdida de una parte de su cuerpo. Lo que para un individuo significa la discapacidad total, para otro puede resultar un cambio leve en su cotidianidad.

El drama social comienza con las situaciones conflictivas derivadas de la notificación de una amputación y termina con la muerte de la persona aquejada por el padecimiento. El drama puede mantenerse constante pero, se agudiza con los eventos problemáticos en los cuales el conjunto social se ve en la necesidad de movilizar sus recursos y organizarse para hacerles frente. Los actores sociales deben proceder de inmediato para evitar efectos en detrimento de la salud y la autonomía de su ser querido. Según Turner (1974), el drama social es un proceso conformado por fases estructuradas en un sentido cronológico que mantienen características propias de acuerdo a la cultura donde se desarrollan. Se constituye en un escenario en el que participan numerosos personajes con determinados actos y escenas, su devenir se encuentra influido por cada una de las etapas dramáticas.

El drama social rompe con la dinámica habitual del grupo, comprende las tensiones y los conflictos que se generan entre los individuos alrededor de la persona enferma pero, las vivencias suscitadas en cada actor se definen como particulares, ya que, varía la intensidad de las consecuencias. Con referencia al drama social, los referentes de la modernidad tienen un peso relevante en Kinchil. Es decir, las instituciones públicas de salud imponen limitaciones que irrumpen con las posibilidades de los miembros de las familias para ofrecer su apoyo. Los actores institucionales, ajenos al grupo familiar, inciden también en el tipo de respuesta que se brinda a los enfermos.

El drama social está relacionado por los efectos que una complicación como la amputación puede producir en la persona directamente afectada y su familia. La condición de creciente dependencia, cambios abruptos, necesidad de apoyo, recaídas, hospitalizaciones, es decir, un constante ir y venir por las complicaciones de la enfermedad hasta que por fin la vida se agota. Los ejemplos que aquí se expusieron dan

cuenta de que el ámbito emocional se encuentra privilegiado por los actores sociales y es percibido como desencadenante de problemas de salud.

El papel de las esposas es primordial en el cuidado de sus maridos; esta tarea les corresponde por obligación moral y humanidad. En este sentido, los antecedentes de la relación de pareja son trascendentales. Si su historial está marcado por experiencias agradables o por la falta de eventos violentos y denigrantes será más fácil obtener acciones solidarias por parte del cónyuge. Para cumplir con su labor cabalmente, las esposas hacen uso de la ayuda de otras mujeres como las hijas y las nueras. Así éstas juegan un papel secundario más no menos importante.

Las mujeres se han visto impelidas a asumir el rol de cuidadoras. No obstante se puede observar, como en el caso de doña Elvira, que no se trata de cualquier mujer sino de las que no cuentan con un empleo formal. Sin embargo, más allá de esta paradoja, también se ven impelidas, además de cuidar a los enfermos, a buscar generar los recursos para la sobrevivencia, la más notable y dramática de las paradojas en torno a las visiones y prácticas de género. Ciertamente, ellas están también atrapadas en los efectos de las transiciones económicas y en el impacto que ello tiene en el empobrecimiento de poblaciones rurales como la de Kinchil.

En general, los hombres son marginales en la cuestión del apoyo hacia las personas enfermas y discapacitadas en el contexto familiar. Sin embargo, existen casos en que la misma familia los presiona u obliga para que funjan como cuidadores principales como en el caso del esposo de doña Elvira. En ocasiones, son los adecuados para brindar el apoyo, por ejemplo el cónyuge y/o el hijo de doña Magali que la acompañaron durante su estancia en el hospital. Además, en algunos casos subordinan las decisiones de las mujeres ante las suyas y, en otros, ejercen violencia física en ellas.

En lo concerniente a las diferencias entre mujeres y hombres, pues de momento sólo se me ocurre pensar que el impacto relativamente diferencial, reside en el hecho de que la enfermedad entre los varones supone mayores dificultades, en parte por la pérdida del patrimonio y por el hecho de que al menos en teoría son las figuras proveedoras de la familia. Sin embargo, pensando en los casos expuestos, no estoy segura de que haya una diferencia muy clara, pues en el caso de las dos mujeres ninguno de los maridos se percibe como figura a destacar en dicho sentido, y si como un miembro más dentro de una unidad doméstica de trabajo.

Las negociaciones entre los familiares crean conflictos entre los participantes cuando alguna de las partes se queda inconforme con las decisiones respaldadas por la mayoría. Los factores económicos y la lejanía espacial influyeron para no apoyar.

Aunque, los familiares sean bien intencionados, las dificultades u obstáculos ponen a prueba el compromiso y la responsabilidad que cada persona sostiene con su pariente hospitalizado. El apoyo familiar presenta una serie de matices y se encuentra atravesado por intereses que influyen en el grado y la manera de brindarlo.

La disrupción de la biografía personal y el drama social ponen a prueba la participación y el compromiso de cada actor, resaltando los momentos en que sus posturas de apoyo se van afianzando o rompiendo. Asimismo, las relaciones familiares también sufren alteraciones porque entran en un proceso que obliga a llevar a cabo maniobras para evitar que el problema se vaya agrandando.

En un contexto de pobreza, marginación social, falta de oportunidades, rezago educativo, difícil acceso a la información, servicios públicos de salud deficientes, hábitos alimenticios basados en la ingesta al por mayor de carbohidratos y azúcares la diabetes puede anidar y cobrar consecuencias incapacitantes o mortales. Lo preocupante de la enfermedad es su incidencia en la población a nivel nacional, las estadísticas de morbilidad. La población de Kinchil, por sus condiciones estructurales, se encuentra en vulnerabilidad para hacerle frente a una enfermedad como la diabetes. En el caso de las complicaciones como las amputaciones es sólo un ejemplo, valdría la pena estudiar los efectos de las otras múltiples complicaciones especialmente las referidas al daño de los riñones

Es primordial que el sistema de salud mexicano tome en cuenta la perspectiva sociocultural y las necesidades particulares de las poblaciones a las cuales va dirigido su programa de prevención y tratamiento de la diabetes de tipo 2. Es imprescindible que se reconozca el papel del grupo familiar de la persona enferma como un actor importante en el desarrollo del padecimiento. Las estrategias de prevención de la diabetes deben contemplar a todos los miembros del grupo social para evitar su incidencia y morbilidad. Además, es trascendental que se contemple un espacio de atención psicológica tanto para el afectado con una amputación como para todos los integrantes de su familia.

No obstante, se observa que en las problemáticas documentadas a partir de los cuatro casos aquí expuestos y analizados se presentan condiciones de vulnerabilidad derivadas de procesos propiciados a nivel macrosocial. Así, la población de Kinchil está expuesta a una serie de condicionantes que propician una creciente incidencia de diabetes; además, ante la irrupción de esta enfermedad, las condiciones de pobreza preexistentes, el empobrecimiento derivado de la transición económica que sus habitantes han venido experimentando y las limitantes de acceso a servicios médicos

institucionales eficientes, resultan factores que obstruyen una atención oportuna y deterioran aún más la calidad de vida de las personas enfermas y de sus familiares. De tal forma, las estrategias de prevención, detección y atención oportuna de la diabetes se deberían reorientar a las instancias institucionales enfocadas en el desarrollo económico y en la educación con el fin de potenciar la capacidad de respuesta y apoyo a los enfermos por parte de sus familiares.

# ANEXO

**Tabla 6. Características socioeconómicas y de composición familiar de los entrevistados**

Nombre	Edad	Lugar de nacimiento	Escolaridad	Idioma	Edo. civil	No. de hijos
DOÑA MAGALI (e.p.d.)	41	Kinchil	Ninguna	Maya-español	Casada	7
DON PEDRO	72	Kinchil	Ninguna	Maya-español	Casado	3
Doña Mari (esposa)	58	Kinchil	Ninguna	Maya-español	Casada	2
Romualda (hija)	40	Umán	Primaria	Español	Casada	1
DOÑA ELVIRA	75	Kinchil	Ninguna	Maya-español	Casada	4
Don Modesto (esposo)	74	Kinchil	Ninguna	Maya-español	Casado	4
Rosalba (nuera)	39	Kinchil	Primaria	Maya-español	Casada	3
DON CHELÍN	69	Kinchil	Ninguna	Maya-español	Casado	3
Doña Basilia (esposa)	61	Kinchil	Ninguna	Maya-español	Casada	3
Librada (Hija)	36	Kinchil	Primaria	Maya-español	Casada	3

## Continuación...

Nombre	Baño	Religión	Seguridad social	Oportunidades	Programas sociales	Pensión
DOÑA MAGALI (e.p.d.)	Sí	Católica	No	Sí	No	No
DON PEDRO	No	Católico	Sí	No	DIF despensa de mercancía c/mes	Sí, c/mes \$1,900
Doña Mari (esposa)	No	Católica	Sí	Sí, \$800 c/2 meses	Oportunidades	No
Romualda (hija)	Sí	Católica	Sí	No	No	No
DOÑA ELVIRA	No	Católica	Sí	Sí, c/2 meses	Sí, 65 y más c/2 meses \$1,000	No
Don Modesto (esposo)	No	Católico	Sí	No	Sí, 65 y más c/2 meses \$1,000	Sí, c/mes \$1,900
Rosalba (nuera)	Sí	Católica	No	No	No	No
DON CHELÍN	Sí	Católico	Sí	No	DIF despensa de mercancía c/mes	Sí c/mes \$1,900
Doña Basilia (esposa)	Sí	Católica	Sí	Sí	Ninguna	No
Librada (hija)	No	Católica	No	Sí	Oportunidades	No

Fuente: Elaboración propia mediante entrevistas directas, Kinchil, Yucatán (2013).

# BIBLIOGRAFÍA

Acosta Euán, Arlene Concepción, 2003, *Necesidades de apoyo familiar en la persona diabética con amputación*, Tesis de Licenciatura, Facultad de Enfermería-UADY, Mérida, Yucatán, México.

Alpízar Salazar, Melchor y Miguel Escalante Pulido, 2001, “Tratamiento” en Melchor Alpízar Salazar, *Guía para el manejo integral del paciente diabético*, Editorial El Manual Moderno, México.

Arganis Juárez, Elia Nora, 2005, “La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa D.F.” en *Cuiculco*, vol. 12, núm. 33, enero-abril:11-25.

2009, “Experiencia de envejecer con enfermedades crónicas” en Florencia Peña Saint-Martin (Coord.), *Salud y sociedad: perspectivas antropológicas*, México, PROMEP-SEP, INAH, ENAHN, CONACULTA.

Argentina Bordes, Mariana, 2010, “Lo simbólico y lo real en la definición de la realidad médica. Notas sobre las potencialidades heurísticas del concepto de experiencia”, en *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, Vol. 4, núm. 2.

Balam Pereira, Gilberto, Gurri García, Francisco y Ochoa Estrada, Ernesto, 2004, “La desnutrición en Yucatán desde una perspectiva histórico-social”, en *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*, Núm. 228, Primer trimestre.

Obtenido en:

<http://www.cirsociales.uady.mx/revUADY/pdf/228/ru2282.pdf> Consultado el 20 de abril de 2014

Baños, Othón, 1993, “Reconfiguración rural-urbana en la zona henequenera de Yucatán” en *Estudios Sociológicos*, vol. XI, núm. 32, pp.: 419-443. Obtenido en:

[http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18\\_1/apache\\_media/S491SNMI48GCR6XUKMMJJ23VXH86KM.pdf](http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/S491SNMI48GCR6XUKMMJJ23VXH86KM.pdf) consultado el 13 de noviembre de 2012.

Barrios Alonso, Vivencio, 2001, “Enfermedad cardiovascular y diabetes” en Melchor Alpízar Salazar, *Guía para el manejo integral del paciente diabético*, Editorial El Manual Moderno, México.

Beltrán Kuhn, Victoria, 2011, *Diabetes mellitus como enfermedad ecopolítica: reflexiones a partir de un estudio de caso en Yaxunah, Yucatán*, Tesis de Licenciatura, Universidad de las Américas Puebla, Departamento de Antropología, Puebla.



Bonfil Batalla, Guillermo, 2006, *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán. Un ensayo de antropología aplicada*. Clásicos y Contemporáneos en Antropología, CIESAS, UAM Iztapalapa, Universidad Iberoamericana, México.

Bravo José, Patricia, 2011, "Pie diabético" en *InfoGeriatría*, no. 2, Obtenido en: <http://www.scribd.com/doc/213854917/Infogeriatría-02> Consultado el 3 de octubre de 2013.

Bury, Michael, 1982, "Chronic illness as biographical disruption", *Sociology of Health and Illness*, vol. 4, no.2, Julio: 167-182.

Obtenido en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.ep11339939/pdf> Consultado el 3 de agosto de 2014.

Campillo Álvarez, José Enrique, 2008, *El mono obeso. La evolución humana y las enfermedades de la opulencia: diabetes, hipertensión, arteriosclerosis*, Editorial Crítica, Barcelona.

Campos Navarro, Roberto, Diana Torrez y Elia Nora Arganis Juárez, 2002, "Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México", en *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 18, núm. 5, septiembre-octubre:1271-1279.

Canto Sáenz, Rodolfo, 2001, *Del henequén a las maquiladoras. La política industrial en Yucatán*, Instituto Nacional de Administración Pública, Universidad Autónoma de Yucatán, México.

Castro, Roberto, 1986, "En busca del significado: supuestos alcances y limitaciones del análisis cualitativo", en Sasz y Lerner, *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, El Colegio de México, pp. 57-85.

2011, *Teoría social y salud*, Lugar Editorial, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Argentina.

Cartas Fuentesvilla, Guadalupe, 2011, *Diabetes Mellitus II: Autoatención y experiencias del padecimiento, San Cristóbal, Chiapas*, Tesis de Maestría en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural, El Colegio de la Frontera Sur.

Cifuentes R., Jeannette y Yefi Quintul, Nivia, 2005, "La familia: ¿apoyo o desaliento para el paciente diabético?" en *Programa de diplomado en salud pública y salud familiar*. Obtenido en: [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La\\_Familia\\_y\\_el\\_paciente\\_diabetico.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf) Consultado el 5 de febrero de 2013.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), 2012, *Avances y Retos de la Política de Desarrollo Social en México*, México.

Obtenido en:

[http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Avances%20y%20Retos%202012/AyR12\\_11%205%20-%20Publicaci%C3%B3n%20%2829%20ago%2012%29.pdf](http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Avances%20y%20Retos%202012/AyR12_11%205%20-%20Publicaci%C3%B3n%20%2829%20ago%2012%29.pdf)

Consultado el 11 de abril de 2014.

2008, *Diccionario Maya, español-maya, maya-español*, Editorial Dante, Mérida, Yucatán.

De la Fuente, Ramón, 2011, *Psicología médica*, Fondo de Cultura Económica, México.

Díaz Cruz, Rodrigo, 1997, “La vivencia en circulación. Una introducción a la antropología de la experiencia”, en *Alteridades*, 7 (13): 5-15

Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de defunciones generales*. [En línea]: *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consultado el 24 de abril 2014].

Dirección General de Información en Salud (DGISa). *Base de datos de egresos hospitalarios por morbilidad en Instituciones Públicas de Sector Salud* [en línea]: *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consultado el 29 de mayo de 2014].

Domínguez García, María de los Ángeles, 2012, *Vivir con “azúcar”. Experiencias y representaciones en torno a la diabetes entre grupos domésticos de Zinacantán, Chiapas*, Tesis de Maestría en Antropología Social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2013, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Yucatán*, Instituto Nacional de Salud Pública, México. Disponible en línea:

<http://ensanut.insp.mx/informes/Yucatan-OCT.pdf> Consultado el 21 de mayo de 2014.

Eroza, Enrique y Álvarez Gordillo, Guadalupe del Carmen, 2008, “Narrativas del padecimiento “mental”: arenas de debate en torno a prácticas sociales y a los valores que las sustentan entre los mayas tzotziles y tzeltales del sur de México” en *Revista de Antropología Social*, vol. 17. P.p.377-410.

Figuroa Rubio, María Enriqueta y Moreno Baena, Gloria Marina, 2007, “Rescatar la vivencia de padecer diabetes en personas de Ciudad Nezahualcóyotl, para contribuir a una teoría por sus protagonistas”, Revista *Estudios de Antropología Biológica*, XIII: 885-899, México.

Fitzpatrick, Ray, 1990, “Conceptos comunes de enfermedad” en Ray Fitzpatrick, John Hinton, Stanton Newman, Graham Scambler y James Thompson (compiladores), *La enfermedad como experiencia*, Fondo de Cultura Económica, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México.

Fortuny Loret de Mola, Patricia, 2004, “Transnational hetzmek. Entre Oxkutzcab y San Pancho”, en Castañeda, Quetzil E. y Castillo Cocom, Juan. *Estrategias Identitarias. Educación y la Antropología Histórica en Yucatán*, Mérida, Universidad Pedagógica Nacional, Secretaría de Educación del estado de Yucatán, y OSEA CITE (Open School of Ethnography and Anthropology), pp. 225 –254.

Fuertes, M.C. y Maya M.U., 2001, “Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas” en *ANALES Sis San Navarra*, 24 (Supl. 2): 83-92.

Galeano, Eduardo, 2011, *Los hijos de los días*, Siglo XIX, México.

García García, Alejandro, 2004, “Las trayectorias del padecimiento: hombres adultos amputados y no-amputados a causa de diabetes mellitus”, en *Invest Educ Enferm*, 22 (2): 28-39.

García García, Manuel, 2011, *Definición de cetonemia*, Obtenido el 23 de agosto de 2014, Portales Médicos, Disponible en línea:  
[http://www.portalesmedicos.com/diccionario\\_medico/index.php/Cetonemia](http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Cetonemia)

Gómez Pérez, Francisco, Jorge Salmerón Castro, Carlos Aguilar Salinas, Alberto Frati, Eduardo García García, Israel Lerman, Cliserio González Villalpando, Ricardo Correa Rotter, María Teresa Tusie y Juan Antonio Rull Rodrigo, 1999, “Diabetes mellitus” en Juan Ramón De la Fuente y Jaime Sepúlveda Amor (compiladores), *Diez problemas relevantes de salud pública en México*, Instituto Nacional de Salud Pública, Academia Mexicana de Ciencias, Fondo de Cultura Económica, Biblioteca de la Salud, México.

González González, Norma, 2006, “La familia como espacio de intervención en el campo de la salud. Importancia de un abordaje cualitativo en el caso de la diabetes mellitus tipo 2, en Norma González González y Martha Isabel Ángeles Constantino (compiladoras) *Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba*, México, Universidad Autónoma del Estado de México, Universidad de la Habana.

Obtenido en:

[http://books.google.com.mx/books?id=r51R1rMDWZoC&pg=PA15&lpg=PA15&dq=la+familia+como+espacio+de+intervenci%C3%B3n+en+el+campo+de+la+salud&source=bl&ots=m29l6EGsxG&sig=M\\_ioWe6ljzO0Ws1AtXZHXVd220&hl=es&sa=X&ei=9LpUUdXgCITvrQHnvYGAAQ&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=la%20familia%20como%20espacio%20de%20intervenci%C3%B3n%20en%20el%20campo%20de%20la%20salud&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=r51R1rMDWZoC&pg=PA15&lpg=PA15&dq=la+familia+como+espacio+de+intervenci%C3%B3n+en+el+campo+de+la+salud&source=bl&ots=m29l6EGsxG&sig=M_ioWe6ljzO0Ws1AtXZHXVd220&hl=es&sa=X&ei=9LpUUdXgCITvrQHnvYGAAQ&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=la%20familia%20como%20espacio%20de%20intervenci%C3%B3n%20en%20el%20campo%20de%20la%20salud&f=false)

Consultado el 28 de marzo de 2013

Good, Byron, 2003, *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Ediciones Bellaterra, Serie General Universitaria, España.

Gutiérrez Estévez, Manuel, 1992, "Mayas y 'mayeros': los antepasados como otros" en Miguel León de Portilla, Manuel Gutiérrez Estévez, Gary H. Gossen y Jorge Klor de Alva, editores, *De Palabra y Obra en el Nuevo Mundo*, Vol. 1, *Imágenes interétnicas*, Siglo XXI, España.

Haupt, Arthur y Kane, Thomas T., 2003, *Guía rápida de población*, Population Reference Bureau, Washington, DC.

Obtenido en: [http://www.prb.org/pdf/PopHandbook\\_Sp.pdf](http://www.prb.org/pdf/PopHandbook_Sp.pdf) Consultado el 29 de agosto de 2014.

Hofmann, B, 2002, "On the Triad Disease, Illness and Sickness", *Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 27, No. 6: 651–673

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), 2010, *Censo General de Población y Vivienda*, México. Obtenido en:

[http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta\\_resultados/iter2010.aspx?c=27329&s=est](http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/iter2010.aspx?c=27329&s=est)  
Consultado el 1 de febrero de 2012

2005, *II Censo de Población y Vivienda*, México. Obtenido en:

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/censo2005/localidad/iter/doc/descripcion.asp> Consultado el 5 de enero de 2002

2000, *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*, México. Obtenido en:

[http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta\\_resultados/iter2000.aspx?c=27437&s=est](http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/iter2000.aspx?c=27437&s=est)  
Consultado el 31 de marzo de 2014

Instituto Nacional de Estadística y Geografía de Aguascalientes (INEGI), 2013, *Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes*, México. Obtenido en:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/diabetes0.pdf> Consultado el 2 de abril de 2014

Joseph, Gilbert M., 1992, *Revolución desde afuera. Yucatán, México y los Estados Unidos 1880-1924*, México, Fondo de Cultura Económica.

Kleinman, Arthur, 1980, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*, University of California Press, Berkeley.

1988, *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*, Basic Book, Nueva York.

Lapointe, Marie, 2008, *Historia de Yucatán, Siglos XIX-XXI*, Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida.

Mendoza Millán, Francisco, Maldonado Pérez, Sergio, Heredia Segura, Gerardo, 1992, “Costumbres y hábitos alimenticios en Yucatán. Patrón de consumo de alimentos de la clase media de la ciudad de Mérida”, en *Rev. Biomed*, Vol. 3, Núm.1, Enero-marzo. Obtenido en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb92319.pdf> Consultado el 20 de abril de 2014

Menéndez, Eduardo, 1984, *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata 86, México.

Mercado Martínez, Francisco J., Robles Silva, Leticia, Ramos Herrera, Igor M., Moreno Leal, Nora y Alcántara Hernández, Elizabeth, 1999, “La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico”, en: *Cad. Saúde Pública*, 15(1):179-186.

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes (NOM), 2000, Obtenido en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html> Consultado el 16 de marzo del 2010.

Moreno Altamirano, Laura, 2007, “Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica”, en *Salud Pública de México*, vol. 49, no.1, 63-70.

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2012, *Diabetes*, Nota descriptiva núm. 312, septiembre. Obtenido en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> Consultado el 4 de diciembre de 2012

Orosa Díaz, Jaime, 1991, *Historia de Yucatán*, Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán, Yucatán, México.

Pereira Patrón, Aracelly María, 2012, *Una aproximación al estudio de las representaciones sociales. El caso de la diabetes mellitus tipo 2 en dos grupos de ayuda mutua (GAM) de Tizimín, Yucatán*, Tesis de Licenciatura en Antropología Social, México, Facultad de Ciencias Antropológicas-UADY.

Pinkus Rendón, Manuel Jesús, Pacheco Castro, Jorge y Lugo Pérez, José Antonio, 2011, “Las poblaciones rurales de Mérida y sus relaciones interétnicas con esta ciudad capital de la entidad yucateca de México”, en *Revista Pueblos y fronteras* (digital), Vol.6, Núm.12, diciembre-mayo.  
Obtenido en [http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a11n12/art\\_08.html](http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a11n12/art_08.html) Consultado el 31 de marzo de 2014.

Ponce, Patricia, 2006, *Sexualidades costeñas: un pueblo veracruzano entre el río y la mar*, Publicaciones de La Casa Chata, CIESAS, México.

Pujadas, Joan, Comas, Dolors y Roca, Jordi, s/f, *La etnografía como práctica de campo: métodos y técnicas*. En [www.uoc.edu](http://www.uoc.edu)

Quezada, Sergio, 2010, *Yucatán. Historia breve*, El Colegio de México, Fondo de Cultura Económica, México.

Recoder, María Laura, 2011, “Experiencia de enfermedad y narrativa. Notas etnográficas sobre vivir con VIH/SIDA en una ciudad del nordeste brasilero”, en *Papeles de Trabajo*, núm., 21.

Robles Silva, Leticia, 2007, *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Editorial Universitaria, México.

Roca Perara, Miguel Ángel, 2013, “La familia ante la enfermedad crónica de uno de sus miembros” en *InfoMed Red de Salud de Cuba*.  
Obtenido en: <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=4830> Consultado el 2 de marzo de 2013

Rocha Aguayo MA, Ramírez OF y Navarro-García AM, 2012, “Percepción de apoyo familiar en un grupo de pacientes con diagnóstico de infarto agudo al miocardio” en *Aten Fam.* 19(3):61-66.

Savarino, Franco, 1999, “Etnicidad y Estado-Nación: La construcción de la Identidad Étnica en Yucatán” en Andreas Koechert y Bárbara Pfeiler (coordinadores), *Interculturalidades e Identidad Indígena. Preguntas abiertas a la globalización en México*, Colección Americana, Alemania.

Secretaría de Desarrollo social (SEDESOL), 2014, *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social. Kinchil, Yucatán*, México.

Obtenido en:

[http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Informes\\_pobreza/2014/Municipios/Yucatan/Yucatan\\_044.pdf](http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Informes_pobreza/2014/Municipios/Yucatan/Yucatan_044.pdf)

Consultado el 11 abril de 2014

Secretaría de Salud (SSA), 2008, *Programa de Acción Específico 2007-2012*, Diabetes Mellitus, México. Disponible en línea: <http://www.spps.gob.mx/diabetes-mellitus>  
Consultado el 11 de enero de 2014

Secretaría de Educación Pública (SEP), 1996, *Yucatán. Monografía Estatal*, Comisión Nacional de los Libros de Texto Gratuitos, México.

Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), 2001, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México.

Secretaría de Salud (SSA), 2007, *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, México.

Segalen, Martine, 1981, “El grupo doméstico” en *Antropología histórica de la familia*, Madrid, Taurus Universitaria.

Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), 2008, *Principales causas de mortalidad por Entidad Federativa*, México.

Obtenido

en:[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/Principales\\_CausasxEF\\_2008.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/Principales_CausasxEF_2008.xls)  
consultado el 27 de octubre de 2011.

Torres López, Teresa Margarita, Manuel Sandoval Díaz y Manuel Pando Moreno, 2005, “Sangre y azúcar”: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México”, en *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 21, núm. 1, enero-febrero:101-110.

Turner, Bryan S., 1987, *Medical power and social knowledge*, Sage Publications, London.

Turner, Víctor, 1974, *Dramas, fields, and metaphors. Symbolic action in human society*, Cornell University Press, Estados Unidos de América.

Vázquez Garnica, Elba Karina y Enríquez Rosas, María del Roció, 2012, “Una aproximación sociocultural a las formas de regulación emocional en cuidadores familiares de enfermos crónicos en Guadalajara, Jalisco” en *Desacatos*, núm. 39, mayo-agosto:57-72.

Velasco Campos, María Luisa y J. F. Julián Sinibaldi Gómez, 2001, *Manejo del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias*, Editorial El Manual Moderno, México.

Weber, Max, 1977, *Economía y sociedad*. Volumen 1. Fondo de Cultura Económica, México.

Wright, Katerine, 2008, *Diabetes*, Grupo Editorial Tomo, México.