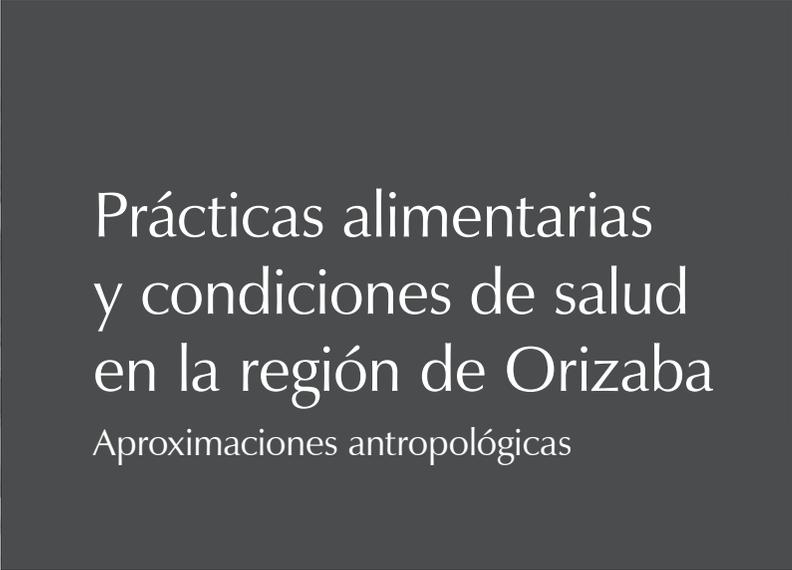


Prácticas alimentarias y condiciones de salud en la región de Orizaba

Aproximaciones antropológicas

Carlos Serrano Sánchez
Marco Antonio Cardoso Gómez
editores





Prácticas alimentarias y condiciones de salud en la región de Orizaba

Aproximaciones antropológicas





Prácticas alimentarias y condiciones de salud en la región de Orizaba

Aproximaciones antropológicas

Carlos Serrano Sánchez
Marco Antonio Cardoso Gómez
editores



Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto de Investigaciones Antropológicas
México, 2014

Prácticas alimentarias y condiciones de salud en la región de Orizaba
: aproximaciones antropológicas / editores Carlos Serrano
Sánchez, Marco Antonio Cardoso Gómez. -- Primera edición. -- México,
D.F. : Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Inves-
tigaciones Antropológicas, 2014.
176 páginas : ilustraciones, mapas ; 23 cm.

Incluye bibliografías
ISBN 978-607-02-6255-5

1. Hábitos alimentarios – Aspectos sociales – Veracruz – Orizaba.
2. Indios de México – Alimentos – Veracruz – Orizaba. 3. Nutrición –
Veracruz – Orizaba. 4. Niños – Nutrición – Veracruz – Orizaba. 5.
Salud - Aspectos sociales – Veracruz – Orizaba. I. Serrano Sánchez,
Carlos. II. Cardoso Gómez, Marco Antonio. III. Universidad Nacional
Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Antropológicas.

306.4097261251-scdd21

Biblioteca Nacional de México

Primera edición: 2014

Término de la edición: 30 de noviembre de 2014

D.R. 2014 © Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, Coyoacán, C.P. 04510,
México, Distrito Federal.
Instituto de Investigaciones Antropológicas
www.ia.unam.mx

Diseño de portada: Flor Moyao Gutiérrez

Fotografía de portada: Expendio popular de *picaditas* (memelas) en Ixhua-
tlancillo, Veracruz. Marco Antonio Cardoso Gómez.

ISBN: 978-607-02-6255-5

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autoriza-
ción escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Derechos reservados conforme a la ley

Impreso y hecho en México

Printed in Mexico

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
CRECIMIENTO Y ESTADO NUTRICIONAL EN ESCOLARES DE MALTRATA, VERACRUZ <i>Carlos Serrano Sánchez, Timisay Monsalve Vargas y Juliana Isaza Peláez</i>	13
LOS PREESCOLARES DE MALTRATA, VERACRUZ. UNA VISIÓN DESDE LA ANTROPOLOGÍA NUTRICIONAL <i>María Antonieta Ochoa Ocaña</i>	49
DIAGNÓSTICO DE NUTRICIÓN DE LA COMUNIDAD INDÍGENA DE SAN FRANCISCO NECOXTLA, VERACRUZ <i>Eduardo Plascencia Mendoza</i>	67
ALIMENTOS Y ALIMENTACIÓN EN IXHUATLANCILLO, VERACRUZ <i>Daniela Orta Duarte</i>	81
EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA DE CRECIMIENTO Y NUTRICIÓN EN ESCOLARES NAHUAS DE IXHUATLANCILLO, VERACRUZ <i>Waleska Sanabria León</i>	99
CONDICIONES DE VIDA, SALUD E IMAGEN CORPORAL EN IXHUATLANCILLO, VERACRUZ <i>Rafael Pascual Ayala, Marco Antonio Cardoso Gómez, Carlos Serrano Sánchez y Gloria Marina Moreno Baena</i>	121

DIETA EQUILIBRADA: PLAN DE TRATAMIENTO IRREAL PARA EL CONTROL DE LA DIABETES EN EL MANANTIAL, COMUNIDAD AFROMESTIZA DE CUITLÁHUAC, VERACRUZ

*Marco Antonio Cardoso Gómez, Rafael Pascual Ayala,
Carlos Serrano Sánchez, Gloria Marina Moreno Baena
e Irma Araceli Aburto López 139*

LOS ESTILOS DE VIDA EN TRABAJADORES DE SALUD EN VERACRUZ;
SU NUTRICIÓN Y SU ACTIVIDAD FÍSICA

Ramón C. Rocha Manilla y Marco Antonio Cardoso Gómez..... 153

PRESENTACIÓN

En el marco de los programas académicos del Instituto de Investigaciones Antropológicas (IIA), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), emprendimos, a partir de 1999, el estudio de diversos aspectos históricos y antropológicos de la región de Orizaba, en el centro-oriente del estado de Veracruz. Esta región representa una valiosa oportunidad para examinar la compleja trama de la historia de su población y de su perfil antropológico actual. La ubicación privilegiada de la zona, como uno de los pasos más transitados a lo largo del tiempo entre el Altiplano y la llanura costera del Golfo de México, ha impreso una profunda huella en la población y la sociedad regional, cuyo estudio puede abordarse desde la antropología, la historia y otras disciplinas afines.

En un primer momento centramos nuestro interés en el valle de Maltrata, abordando diversos temas sobre población, cultura y salud, que extendimos después a otras comunidades indígenas y mestizas de la región (figura 1), incluido el componente afrodescendiente de la población actual. En poco más de una década, hemos logrado una contribución en diferentes temáticas antropológicas, que reflejan un esfuerzo pluridisciplinario, enriquecido además por una colaboración interinstitucional.

Un aspecto que hemos abordado es la evaluación del crecimiento físico en niños y adolescentes en relación a su estado nutricional. En este tema debemos considerar que el potencial hereditario con que nacemos se expresa a través de la interacción con el ambiente. Los seres humanos tienen una alta sensibilidad al medio que los rodea; responden a los cambios ambientales para mantener el equilibrio del organismo.

El largo periodo de crecimiento físico durante la infancia, en la cual el cuerpo inmaduro interactúa con su ambiente, hace que este último cobre enorme importancia. Los patrones de crecimiento responden así a las presiones ambientales y sus resultados pueden apreciarse en las características del físico del infante así como en el perfil adulto de la propia población.

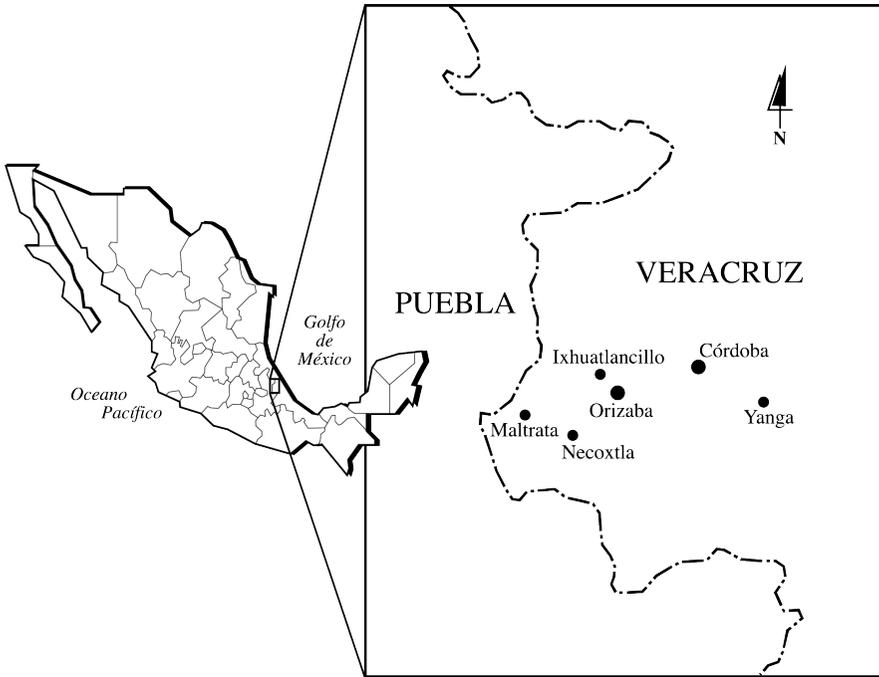


Figura 1. Ubicación geográfica de las localidades estudiadas.

Deseamos destacar, por otra parte, que a través de estos años hemos privilegiado en nuestros estudios la vinculación investigación-docencia. La participación de estudiantes de licenciatura y posgrado ha sido continua y de resultados gratificantes. La obra que ahora presentamos se encuentra enriquecida por los resultados de varias tesis profesionales o de grado, y de trabajos en que participan investigadores y alumnos, en la línea de estudio de antropología de la salud. En ésta se enfatiza la relación de las prácticas alimentarias con el estado nutricional y las condiciones de salud, en las cuales los patrones de cultura, estilos de vida y condiciones socioeconómicas cobran una especial importancia.

Los trabajos referidos se han llevado a cabo durante la última década y aportan una información puntual sobre temáticas particulares en las localidades estudiadas. Al conjuntarlos en este libro, tratamos de dar a conocer los resultados de dichos estudios desde un planteamiento científico, a un público amplio, que pueda informarse sobre estos temas de actualidad académica y grandes implicaciones sociales.

Así, los textos dan cuenta del trabajo de campo de carácter etnográfico en relación a la nutrición y la salud, en comunidades que transitan de sus modos tradicionales de vida, de perfil indígena, hacia uno de tipo urbano, aunque con la desventaja de la pobreza y la mala nutrición que orillan a la población a tomar la opción migratoria para la sobrevivencia. Se ofrece también una ventana hacia la cotidianidad de los habitantes, en torno a pautas de alimentación, prácticas de crianza y actividades productivas; el caso del empoderamiento de las mujeres en la dinámica del cambio socioeconómico, la imagen corporal como patrón sociocultural de belleza y poder y su tensión con el control de la diabetes.

Se examina, igualmente, el problema en aumento de la obesidad y su impacto en la salud pública, en la cual la diabetes tiene un lugar preeminente. Se cuestiona en otro texto cómo la práctica médica se enfrenta a su propio discurso en el control de la obesidad, ya que un buen porcentaje del sector salud, administrativos, enfermeras y los propios médicos, presentan alta incidencia de sobrepeso y obesidad. En fin, estudios que desde la mirada antropológica permiten una aproximación a los diversos modos de vida, sus percepciones, sus posibilidades y las estrategias más adecuadas que habría que tomar en cuenta para el manejo de las políticas de alimentación y salud.

Debemos hacer patente que este volumen ha sido posible por el apoyo que a través de más de una década nos ha brindado la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA), UNAM, a través del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), a los coordinadores de esta obra¹ para el estudio de las comunidades del valle de Orizaba, grupos nahuas de la sierra de Zongolica y de población afrodescendiente del área Yanga-Cuitláhuac.

¹ Proyectos coordinados por C. Serrano:

- Entre la costa y el altiplano. Tres milenios de sociedad y cultura en el valle de Maltrata. (PAPIIT IN 306798). 1999- 2000.

- Del altépetl a la urbe. Sociedad y cultura indígenas en la región de Orizaba. (PAPIIT IN 300400). 2001- 2003.

- Antropología de la región de Orizaba. Población, cultura y salud. (PAPIIT IN 307603). 2004-2006.

- Gestación y diversidad poblacional en la región Córdoba-Orizaba. Una perspectiva antropológica (PAPIIT IN 307307). 2007-2009.

Del mismo modo agradecemos el apoyo recibido tanto de las autoridades como de las comunidades que hemos visitado, en los municipios de Maltrata, Ciudad Mendoza, Orizaba, Ixhuatlancillo, Cuitláhuac y Zongolica, Veracruz, en una relación cordial y productiva que facilita que los resultados de estos estudios puedan orientarse a acciones de beneficio para las propias comunidades.

Asimismo, expresamos nuestro reconocimiento al esfuerzo de los alumnos en la elaboración de sus tesis, a partir de las cuales se prepararon los textos aquí presentados, así como a los directores de estos trabajos, cuya contribución permite ahora ofrecer los materiales de esta obra.

Un agradecimiento también para los dictaminadores del texto, cuyas observaciones han sido de gran utilidad, y al Departamento de Publicaciones del IIA, UNAM, por los cuidados editoriales para la publicación.

Carlos Serrano Sánchez
Marco Antonio Cardoso Gómez

- Mapa Humano de la región de las grandes montañas: Historia biológica, sociedad y cultura. Una aproximación a la antropología del centro de Veracruz, (PAPIIT IN 302313). 2013.

Proyectos coordinados por M. A. Cardoso:

- Yanga. Cultura y salud en una comunidad afroestiza de México. (PAPIIT IN 308406-2). 2006-2007.

- El impacto de la medicina tradicional en Mata Clara y El Manantial, dos comunidades afroestizas de Veracruz México: huesero, sobador, hierbero, brujo, curandero naturista. (PAPIIT IN 306308). 2008-2010.

- Comparación del impacto de la medicina tradicional entre dos comunidades de Veracruz México: Mata Clara, comunidad afroestiza y Tlaquilpa, comunidad indígena nahua. (PAPIIT IN 308611-3). 2011-2013.

CRECIMIENTO Y ESTADO NUTRICIONAL EN ESCOLARES DE MALTRATA, VERACRUZ

Carlos Serrano Sánchez

Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM

Timisay Monsalve Vargas

Departamento de Antropología, Universidad de Antioquia

Juliana Isaza Peláez

Departamento de Antropología, Universidad de Antioquia

INTRODUCCIÓN

Este trabajo presenta los resultados de la evaluación del crecimiento y estado nutricional de 1 055 individuos de ambos sexos de entre 7 y 13 años de edad del municipio de Maltrata, Veracruz –México. Para ello, se llevó a cabo un estudio prospectivo transversal de tipo descriptivo, articulando métodos cuantitativos y cualitativos. Se tuvo en cuenta los índices talla para la edad, peso para la edad, índice de masa corporal y adiposidad mediante la suma de panículos adiposos tricípital y subescapular. En aras de indagar sobre las condiciones socioculturales –salud, alimentación y concepción del cuerpo– se utilizó el método etnográfico, entrevistas semiestructuradas, y se aplicó una encuesta alimentaria y de actividad de recordatorio de 24 horas. Para el análisis de los datos se utilizó el programa Epi Info versión 3.4.3, los datos de la National Center Health Statistics (NCHS) 2000 para estandarizar, y el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows® versión 19. Los resultados evidenciaron desnutrición crónica pasada y presente. Las variables más afectadas fueron el índice de estatura para la edad e índice de peso para la edad. La primera reflejó que 24 % presenta algún tipo de riesgo de desnutrición crónica que va de leve a moderado,

mientras que la segunda mostró que 11 % de la serie estudiada presentó algún tipo de deficiencia o riesgo de desnutrición aguda. De igual manera, los datos de área grasa reflejaron una situación nutricional deficiente para este segundo brote de crecimiento, un 83 % presentó un porcentaje de grasa adecuada, seguido por un 2.9 % que tiene un porcentaje bajo y muy bajo de grasa. Las fallas de crecimiento y nutrición estuvieron presentes en la serie total, lo cual significó que, si bien no era una serie en riesgo de muerte, sí ameritaba intervenciones en lo concerniente a las políticas públicas dirigidas a procesos sociales de mejoramiento de la calidad de vida de todos los pobladores, no de un sólo grupo de edad.

Marco general del estudio

Como se ha señalado (Organización Mundial de la Salud [OMS] 1986; Crooks 1999; Foster *et al.* 2005) en los procesos sociales de pauperización y deterioro ambiental, más específicamente, la privación social, nutricional y dietaria, tienen una repercusión directa en el fenómeno de las fallas del crecimiento. Dietas inadecuadas y enfermedades recurrentes de tipo infeccioso, reflejo de las relaciones entre pobreza y salud, se comportan como el contexto causal de una alta prevalencia de pequeñez, de allí que una estatura alcanzada pueda ser un marcador del tipo de ambiente en el que se desarrolla la biología humana (Beaton *et al.* 1990; Waterlow 1996).

En los grupos humanos de gran pobreza, la desnutrición no se presenta únicamente por la inadecuada e insuficiente disponibilidad de alimentos. A ella se aúna el sistema de saneamiento deficiente en cuanto al abastecimiento de agua, alcantarillado, recolección y disposición de basura, característico de este tipo de comunidades. Se ha demostrado la relación entre un abastecimiento de agua potable contaminada y la desnutrición, a causa de enfermedades como enteritis agudas o crónicas (Chen 1980) y la presencia de microorganismos como ascariasis y amibiasis, entre otras. Como la nutrición es una condición fundamental para el crecimiento físico, es fundamental determinar el estado nutricional, la relación entre la energía que entra al organismo y la que éste consume, puesto que dicho estado se modifica no sólo en función de los alimentos, sino además en función de los procesos de salud y

enfermedad, estableciendo incluso una relación sinérgica entre ambos procesos (Shell-Duncan 1997).

La desnutrición que se manifiesta por largos periodos afecta el crecimiento lineal en los prepúberes y púberes; en consecuencia, la baja estatura para la edad se interpreta como fallas del crecimiento pasado. Además, durante estas etapas ontogénicas, la desnutrición que se presenta durante cortos periodos puede alterar la acumulación de grasa necesaria para enfrentar el futuro brote de crecimiento puberal. La nutrición se manifiesta en los componentes corporales: tejido adiposo y músculo-esquelético, entre otros. De allí que el estado de nutrición se evalúe más precisa y específicamente con la composición corporal. Una gran acumulación de grasa y músculo implica gran reserva energética, mientras que el bajo depósito de estos componentes corporales evidencian baja reserva energética, como expresión de la restricción nutricional (Frisancho 1990).

Las condiciones socioeconómicas de precariedad, infraestructura deficiente en saneamiento, las enfermedades y, en general, una calidad de vida deteriorada actúan de manera sintética. Esto afecta de manera negativa la nutrición y, por ende, el crecimiento lineal y ponderal de prepúberes y púberes, como se evidenció en toda la serie de estudio.

Condiciones socioeconómicas de Maltrata

Maltrata está localizada en un valle rodeado de montañas limítrofes entre los estados de Veracruz y Puebla. La población de Maltrata tiene un fuerte antecedente histórico y cultural náhuatl afianzado en un sistema simbólico mesoamericano y un perfil biológico mestizo, con gran componente indígena y desde la época prehispánica (3200 a.n.e.) ha sido una zona de paso que comunica la Altiplanicie central con el Golfo de México. Pero a partir de la década de 1990, los procesos económicos del poblado se vieron afectados negativamente a raíz de la construcción de macroproyectos de infraestructura, como la carretera 150 México-Veracruz, el cierre de la estación ferroviaria y la merma del estado en inversión social. En el presente, Maltrata tiene las características de una población empobrecida: el nivel educativo promedio es de educación básica primaria sin finalizar. De las actividades económicas fundamentales –la agricultura, la manufactura de tabiques y el comercio– sus pobladores perciben un ingreso semanal promedio de 9.5 a

47 dólares para el sostenimiento de alrededor de cinco personas por familia. Este ingreso se destina a la suplencia de las necesidades básicas: vestido, servicios públicos, educación y, por lo tanto, adquisición de los alimentos de la dieta básica: frijol, tortilla, chile, manteca, jitomate y café. Los estudios de alimentación realizados reportan un alto consumo de grasas y carbohidratos, y un bajo consumo de proteínas, vitaminas y minerales (Ochoa 2006; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] 2000; Monsalve 2002).

Las condiciones de la vivienda no son mejores que la alimentación: casi 50 % de las viviendas carece de drenaje, 64 % se abastece de agua potable fuera de la vivienda y, por último, 17.5 % lo hace de la llave pública. El estudio microbiológico del agua potable reporta que 80 % de las series evidencian coliformes fecales (Serrano *et al.* 2002). Estas condiciones del sistema de saneamiento concuerdan con el proceso de salud-enfermedad para Maltrata. Entre 1997 y 2001 las cinco primeras causas de morbilidad en el grupo de estudio se asocian a la producción manufacturera de adobe, infecciones respiratorias agudas (IRAS), y a las enfermedades causadas por contaminación del agua potable y la disposición de excretas: ascariasis, amibiasis intestinal, enfermedades diarreicas agudas (EDAS) y las oxiuriasis (Secretaría de Salud [SSM] 2002).

MATERIAL Y MÉTODOS

En el año 2000 se realizó un estudio de tipo transversal, en estudiantes escolares y de secundaria de entre 7 y 16 años de edad. Se midió un total de 1 055 individuos: 525 mujeres y 530 hombres. La serie de estudio se recolectó en dos escuelas y en la única institución secundaria que posee el poblado. Con el fin de precisar la edad cronológica, se excluyó de la serie a aquellos individuos cuyas edades no se pudieron demostrar a través de la ficha de nacimiento suministrada por las instituciones educativas.

Valoración antropométrica, variables e índices

La toma de medidas se realizó de acuerdo con las normas internacionales establecidas en el *International Biological Programme* (Programa Biológico Internacional) propuesto en Weiner y Lourie (1981) en aras de eliminar el error interobservador. Se tuvo en cuenta que la toma de medidas se

realizara diario por la mañana en el mismo lapso de tiempo. Tanto las marcas como las medidas antropométricas se realizaron siguiendo una secuencia de arriba hacia abajo, con la menor cantidad de ropa posible sobre el sujeto medido. Las medidas absolutas tomadas fueron: estatura, peso, panículos adiposos: tricípital y subescapular. Los índices fueron seleccionados, calculados y presentados de acuerdo con los protocolos recomendados por la OMS (1995: 496), a saber: estatura para la edad, peso para la edad, índice de masa corporal y adiposidad mediante la suma de los panículos adiposos. El material antropométrico requerido fue: una báscula de piso marca CECCA con precisión de 100 g calibrada; un antropómetro de Martin que incluyó las ramas rectas, con precisión de 1 mm, y la cinta métrica que acompaña el equipo y un plicómetro o compás de pliegues cutáneos marca Harpenden con capacidad de medida de 0 a 48 mm, precisión de 0.2 mm y presión constante en las ramas (10 g/mm²). Como material auxiliar, se utilizó un lápiz dermatográfico para señalar los puntos anatómicos y una tabla de madera para el piso.

Métodos y técnicas socioculturales

Para estudiar las condiciones socioculturales se utilizó el método etnográfico, se incluyeron entrevistas semiestructuradas y observación participante. Esto con el objetivo de indagar sobre tres tópicos culturales relevantes para acercarnos al contexto cultural: salud, alimentación y concepción sobre el cuerpo del escolar. Los informantes se seleccionaron pensando en familias que tuvieran niños y niñas escolares, para obtener una información más directa a través de la convivencia cotidiana en un lapso determinado de tiempo, que además que nos permitiera relacionarnos con otras personas del poblado y, a través de ello, asociar las familias con un contexto social.

Con respecto a la técnica documental, se contextualizó socioeconómicamente la población de Maltrata desde dos órdenes. El primero, el informe censal elaborado por el INEGI en el 2000 y la encuesta socioeconómica recientemente aplicada y analizada por la nutrióloga María Antonieta Ochoa (2006), la cual se realizó con un muestreo representativo de la población. Además de que se obtuvieron los informes de la morbilidad y mortalidad desde 1995 hasta el 2000 con el objetivo de analizar el perfil mórbido de dicha población a partir de los datos suministrados por el Sistema Nacional de Salud de la Secretaría de Salud, Jurisdicción Orizaba, municipio de Maltrata.

Análisis de los datos

El proceso de análisis de los datos inició con la elección de pruebas estadísticas apropiadas, seleccionadas de acuerdo con las expectativas del proyecto y con las recomendaciones de los expertos en el estudio del crecimiento y estado de nutrición (OMS 1995: 8; Beaton *et al.* 1990: 46). Se utilizó el programa Epi Info versión 3.4.3 y posteriormente el programa SPSS versión 19. Con este último se obtuvieron las estadísticas básicas, frecuencias y puntuaciones z para monitorear la nutrición. Tras seleccionar el punto de corte recomendado por la OMS (1995), $\pm 2 DE$, se obtuvieron las medias de las puntuaciones z por grupo de edad y sexo y las de la serie total, para considerar la distribución total del grupo de estudio.

Para analizar la información de peso y estatura para la edad se utilizó la medida de puntuación z categorizada tal como lo recomienda OMS (Restrepo 2000):

Exceso	$2 DE$
Adecuado	$-2 - < +2$
Riesgo leve	$-3 - < -2$
Riesgo moderado	$-4 - < -3$
Riesgo severo	< -4

En seguida se aplicó una prueba t de Student para determinar si existían diferencias significativas en las medias de peso entre niños y niñas. El índice de masa corporal (IMC) se categorizó como en la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 mexicana. Cabe anotar que nuestro interés fue reportar las cinco categorías establecidas, resaltando las de sobrepeso y peso adecuado para la estatura:

Ubicación centilar SP	Clasificación
$\geq P95$	Sobrepeso
$< P95 - \geq P85$	Riesgo de sobrepeso
$< P85 - \geq P15$	Peso adecuado para la estatura
$< P15 - \geq P5$	Riesgo de delgadez
$< P5$	Delgadez

Como indicador de adiposidad se utilizaron los valores de referencia en percentiles para la sumatoria de espesores de panículos adiposos subescapular y tricípital, por grupo de edad y sexo de uno a diecisiete años, de Johnson y colaboradores (1977). Para su clasificación se utilizaron las siguientes categorías:

Ubicación centilar SP	Clasificación
$\geq P95$	Obesidad
$< P95 - \geq P85$	Exceso de grasa
$< P85 - \geq P15$	Grasa adecuada
$< P15 - \geq P5$	Grasa baja
$\leq P5$	Grasa muy baja

RESULTADOS

Estatura para la edad

La estatura para la edad es un reflejo del crecimiento lineal que se ha alcanzado hasta el momento de la medición, así como el efecto de los procesos fisiológicos tanto pasados como actuales (OMS 1995). En consecuencia, la interpretación de los datos hallados se hace en función de la edad y la etapa del ciclo vital. En escolares, la estatura baja para la edad manifiesta problemas de deficiencia en salud, alimentación y, por ende, nutrición en la etapa preescolar. En los individuos de más edad, esto es, en la etapa escolar entre los 11 y 16 años, refleja los problemas acumulados de la etapa preescolar y los del presente escolar cuando fueron medidos. De esta forma, el fenómeno se expresa al no haber crecido o sufrir los efectos de la detención del crecimiento en los años consecutivos, como lo indica la OMS (1995).

El cuadro 1 muestra los resultados de la clasificación de puntuaciones z de estatura para la edad. Ahí se indica que 24 % de la serie total presenta algún tipo de riesgo de desnutrición crónica que va de leve a moderado. Esto significa que aproximadamente una cuarta parte de la serie estuvo sometida probablemente a malnutrición pasada o a fenómenos mórbidos y por esta razón presenta detención del crecimiento lineal. Cabe notar que ninguno de los niños ni adolescentes medidos se ubicó en la categoría de estatura alta para la edad.

Cuadro 1. Frecuencias de clasificación de puntuaciones z de estatura para la edad

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Riesgo severo	4	0.4	0.4
Riesgo moderado	33	3.1	3.5
Riesgo leve	215	20.4	23.9
Adecuado	803	76.1	100
Total	1 055	100	

Estos datos se representan en la curva de distribución de la talla para la edad. Teóricamente, dicha curva en poblaciones que presentan una adecuada nutrición se comporta como una curva normal –Gaussiana– con una media de puntuaciones z de 0, tal como denota la distribución de la curva del estándar de referencia utilizado. La curva de distribución de estatura para la edad de la serie total de Maltrata presenta un desplazamiento o sesgo a la izquierda con una media de puntuación z de -1.31. Esto quiere decir que la mayoría de la serie está afectada por la deficiencia o el deterioro nutricional (figura 1).

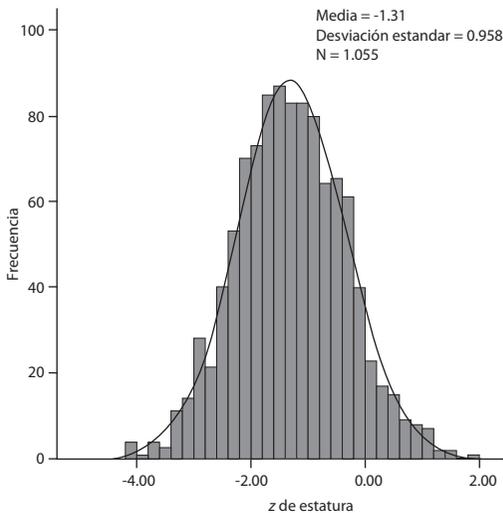


Figura 1. Distribución de frecuencias de puntuaciones z de estatura para la edad.

Es importante analizar el comportamiento del índice de estatura para la edad en relación con el sexo. Tal como señala la figura 2, las mujeres escolares presentan un mayor deterioro nutricional que los hombres con una media de puntuaciones z de -1.41 y -1.20 , respectivamente.

En el cuadro 2 se muestran los datos de frecuencias de clasificación de puntuaciones z del índice de estatura para la edad comparada por sexos. Allí claramente se puede observar que la frecuencia de riesgo de desnutrición crónica es muy similar en ambos sexos y sólo hay una pequeña diferencia en cuanto a que en las mujeres de la serie se presenta un poco más de riesgo leve que en los hombres.

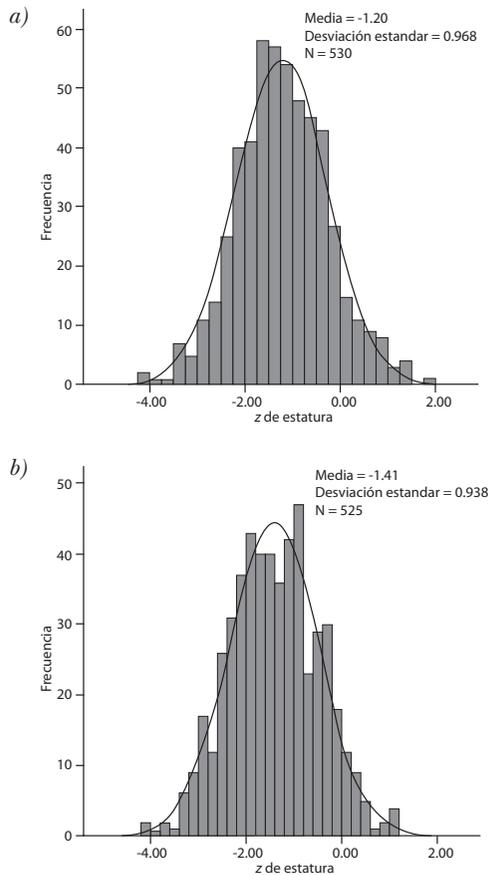


Figura 2. Curva de distribución de frecuencias puntuaciones z de estatura para la edad de a) hombres y b) mujeres escolares.

Cuadro 2. Frecuencias de clasificación de puntuaciones z de estatura para la edad. Comparación por sexo

Categoría	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Riesgo severo	0.2 %	0.2 %	0.4 %
Riesgo moderado	1.3 %	1.8 %	3.1 %
Riesgo leve	8.6 %	11.8 %	20.4 %
Adecuado	40.1 %	36.0 %	76.1 %
Total	50.2 %	49.8 %	100 %

Cuadro 3. Estadísticas descriptivas de estatura de hombres (H) y mujeres (M)

Edad	Sexo	N	Media	Desv. est.	Mínimo	Máximo
7	H	29	118.8	5.4	105.9	126.4
	M	47	118.6	5.1	106.8	129.2
8	H	41	123.6	5.0	113.0	133.4
	M	43	122.7	4.9	112.2	132.6
9	H	39	128.3	5.0	116.6	141.2
	M	43	127.9	6.1	113.1	138.7
10	H	49	131.5	6.6	119.0	149.3
	M	31	132.5	7.9	119.4	147.1
11	H	39	138.3	6.2	124.5	152.8
	M	40	140.1	6.3	123.3	151.0
12	H	78	145.1	8.5	126.0	164.5
	M	89	145.5	6.7	121.7	160.0
13	H	92	150.4	8.3	131.2	168.4
	M	102	148.8	5.8	137.3	167.0
14	H	86	158.2	7.4	140.6	177.6
	M	82	150.7	5.3	138.8	161.7
15	H	49	160.8	8.7	138.5	179.3
	M	36	148.5	4.9	137.8	159.0
16	H	28	160.5	8.0	141.0	178.5
	M	12	145.6	5.6	136.5	152.7

El cuadro 3 presenta las estadísticas básicas de promedios, desviaciones estándar y los valores mínimos y máximos por edad y sexo. Posteriormente en la figura 3 se comparan los promedios de estatura de mujeres y hombres escolares con la población de referencia. De esta manera, en ambos sexos de la serie se visualiza un mayor déficit de crecimiento lineal con respecto a la referencia. Ese déficit en los hombres de la serie se amplía levemente a partir de los 11 años de edad. También en las mujeres se presenta el problema de crecimiento pero éste se incrementa a partir de los 14 años de edad. La curva de crecimiento se nota decreciente posterior a esta edad y mucho más alejada de la curva del estándar de referencia.

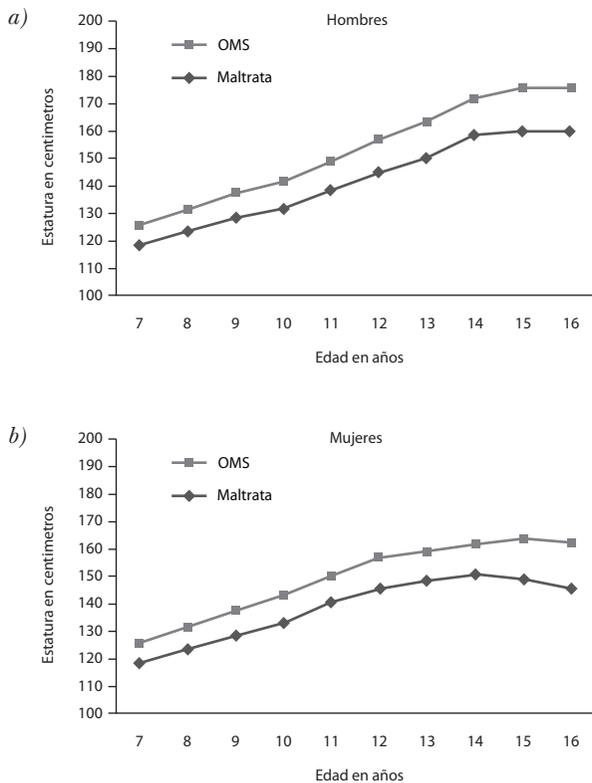


Figura 3. Comparación de los promedios de estatura de a) hombres y b) mujeres escolares con la población de referencia.

En la muestra con respecto a la evaluación del riesgo de desnutrición por edad, el riesgo leve y el moderado se encuentra en mayor medida en los hombres escolares entre los 12 y 16 años (figura 4a). Es en este momento del ciclo vital cuando se da el segundo brote de crecimiento lineal. Se puede notar que en las mujeres (figura 4b), la curva es ascendente en la categoría de leve y presenta el pico del ascenso a los 13 años aproximadamente. Aquí es preciso recordar que la OMS (1995) recomendó prestar una mayor atención en la evaluación de la detención del crecimiento en las escolares adolescentes por las secuelas que repercuten en el incremento de los riesgos para la salud. En síntesis, entre los hombres de Maltrata se distribuye más homogéneamente la desnutrición a lo largo de todas las edades y en todas su categorías que en las mujeres, en quienes dicha característica fisiológica se encuentra en mayor medida expresada en la de riesgo leve.

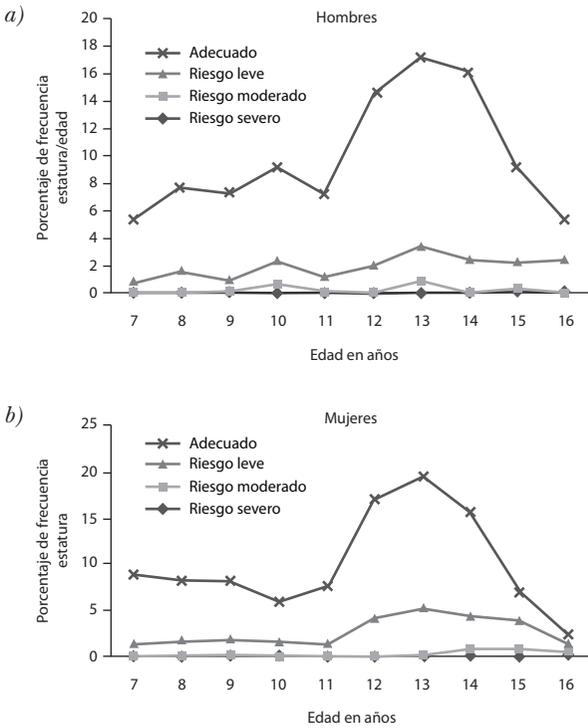


Figura 4. Porcentaje de frecuencia de la clasificación nutricional de estatura de a) hombres y b) mujeres escolares.

Peso para la edad

Tanto la antropometría del peso corporal como el espesor de la grasa subcutánea medida a través de los panículos adiposos reflejan las alteraciones recientes, ya sea el déficit o el exceso en el balance energético presente. Es así como el déficit de peso está asociado a modificaciones alimenticias o a problemas de salud actuales o en curso (Restrepo 2000). La conceptualización propia para este indicador es consunción o delgadez extrema cuando se presenta un “estado de insuficiente o pérdida de peso en relación con la edad” (OMS 1995: 193) y se categoriza como peso bajo para la edad. Asimismo, el peso alto para la edad implica peso elevado o sobrepeso y se define como “un aumento excesivo de peso en relación con la edad” (OMS 1995). La modificación del peso es más sensible que la talla a las influencias de orden alimentario a corto plazo (OMS 1995). Es por esta razón que se constituye como un indicador directo de la situación nutricional, e indirecto de las condiciones socioeconómicas presentes. El peso en función de la etapa del ciclo vital y más precisamente de la edad cronológica refleja la capacidad ponderal de un niño para su edad. De esta manera, un bajo peso para la edad nos describe la insuficiencia de peso, lo cual implica una consunción que, al perdurar, conllevará a la detención del crecimiento.

En el cuadro 4 del índice de peso para la edad de la serie total, aproximadamente 11 % de los hombres y mujeres en edad escolar presentaron algún tipo de deficiencia de peso para la edad o riesgo de desnutrición aguda: severa, moderada o leve. Como en este índice el exceso sí tiene connotaciones negativas, es importante señalar que por lo menos 1.3 % presentó exceso de peso o peso alto para la edad.

Cuadro 4. Frecuencias de clasificación de puntuaciones z de peso para la edad de la serie total, Maltrata, Veracruz

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Riesgo severo	2	0.2	0.2
Riesgo moderado	17	1.6	1.8
Riesgo leve	96	9.1	10.9
Adecuado	926	87.8	98.7
Exceso	14	1.3	100
Total	1 055	100	

Los datos a nivel de la población pueden interpretarse a la luz del análisis de la publicación de la OMS (1986) en la cual se señala que la curva de distribución del peso para la edad de la población de referencia es asimétrica con una leve tendencia a la derecha puesto que su población de referencia incluye niños con sobrepeso.

La figura 5 muestra la media de puntuaciones z de peso para la edad y evidencia que la curva de distribución presenta un desplazamiento o sesgo a la izquierda con un valor de -0.61 .

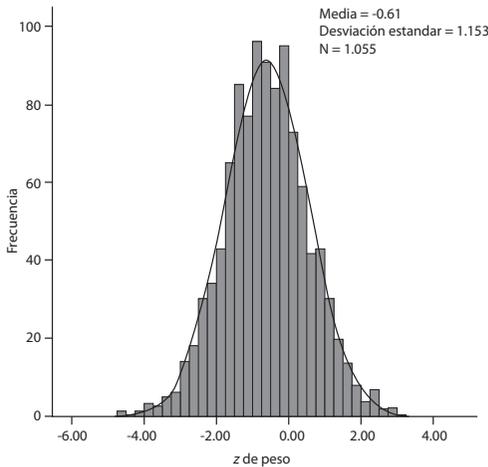


Figura 5. Curva de distribución de frecuencias de puntuaciones z de peso para la edad de la serie.

El índice de peso para la edad en función del sexo en la serie estudiada presenta un comportamiento muy similar, aunque los hombres muestran un deterioro nutricional por déficit un poco más elevado. Así, tal como se aprecia en la figura 6, la media de puntuaciones z de ellos es -0.69 y de ellas es -0.54 .

En el cuadro 5 se presentan los datos correspondientes a las frecuencias de categorización del índice de peso para la edad, comparada por sexos. El fenómeno del riesgo de malnutrición aguda en todas sus categorías de clasificación, desde la severa hasta el exceso, está presente en ambos sexos, pero en los hombres hay un pequeño porcentaje más elevado que en las mujeres, en todas las categorías, y son ellas quienes presentan un mayor porcentaje de nutrición adecuada.

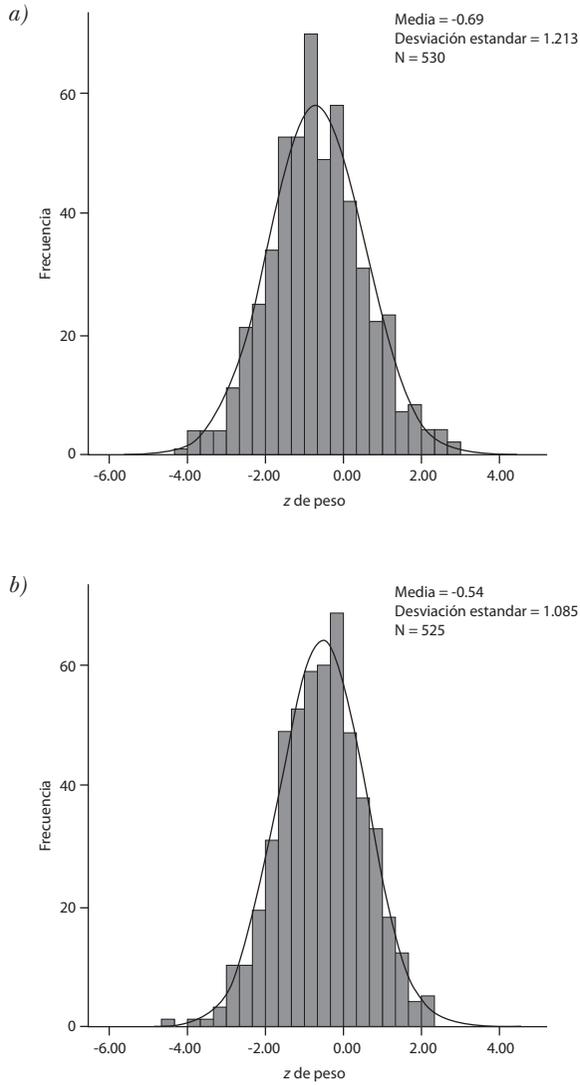


Figura 6. Curva de distribución de frecuencias de puntuaciones z de peso para la edad de a) hombres y b) mujeres.

Cuadro 5. Frecuencias de clasificación de puntuaciones z de peso para la edad, comparación por sexo

Categoría	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Riesgo severo	0.1 %	0.1 %	0.2 %
Riesgo moderado	0.5 %	1.1 %	1.6 %
Riesgo leve	3.7 %	5.4 %	9.1 %
Adecuado	45.1 %	42.7 %	87.8 %
Exceso	0.4 %	0.9 %	1.3 %
Total	49.8 %	50.2 %	100 %

Cuadro 6. Estadísticas descriptivas de peso de hombres y mujeres escolares

Edad	Sexo	<i>N</i>	Media	Desv. est.	Mínimo	Máximo
7	H	29	21.8	2.7	18.0	28.0
	M	47	22.6	4.0	15.0	36.5
8	H	41	23.8	3.5	19.0	37.0
	M	43	24.5	4.7	18.0	38.5
9	H	39	27.6	6.0	20.0	55.0
	M	43	26.5	5.9	19.0	45.0
10	H	49	30.0	8.0	20.0	62.0
	M	31	31.2	8.7	18.0	57.5
11	H	39	36.2	11.5	21.5	79.0
	M	40	36.7	7.3	23.0	51.5
12	H	78	39.9	9.7	23.0	87.3
	M	89	42.7	9.5	26.0	78.6
13	H	92	45.4	10.7	27.1	87.9
	M	102	46.7	9.6	29.8	86.0
14	H	86	52.2	11.7	33.3	91.0
	M	82	48.8	9.2	35.0	82.0
15	H	49	56.7	14.7	33.9	115.0
	M	36	49.5	6.1	37.9	61.3
16	H	28	53.6	10.4	38.2	79.1
	M	12	48.5	5.2	42.9	57.1

El cuadro 6 corresponde a las estadísticas descriptivas básicas de número de individuos, promedios, desviaciones estándar, mínimos y máximos de peso de hombres y mujeres escolares. Luego, en la figura 7 se comparan los promedios de estatura de mujeres y hombres con la población de referencia de la OMS. En las mujeres a partir de los 13 años, la curva de crecimiento de peso deja de presentar incrementos y se mantiene constante hasta los 16 años. En los individuos masculinos sólo a los 16 años se presenta un declive en la curva del peso. Pero ambos sexos presentan una diferencia en las separaciones de la curva del estándar. Ésta es constante en los primeros años y en los últimos va ampliándose, incrementando así la distancia entre la muestra y la referencia.

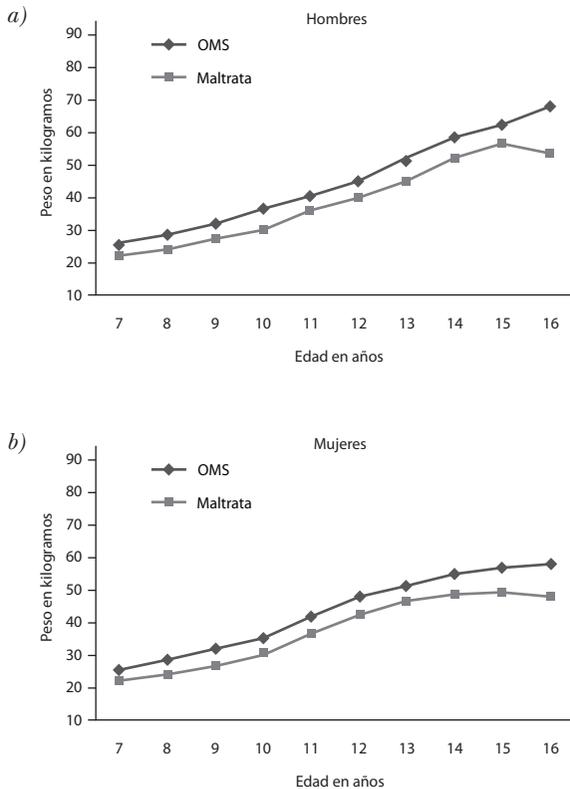


Figura 7. Comparación de los promedios de peso de a) hombres y b) mujeres con la población de referencia.

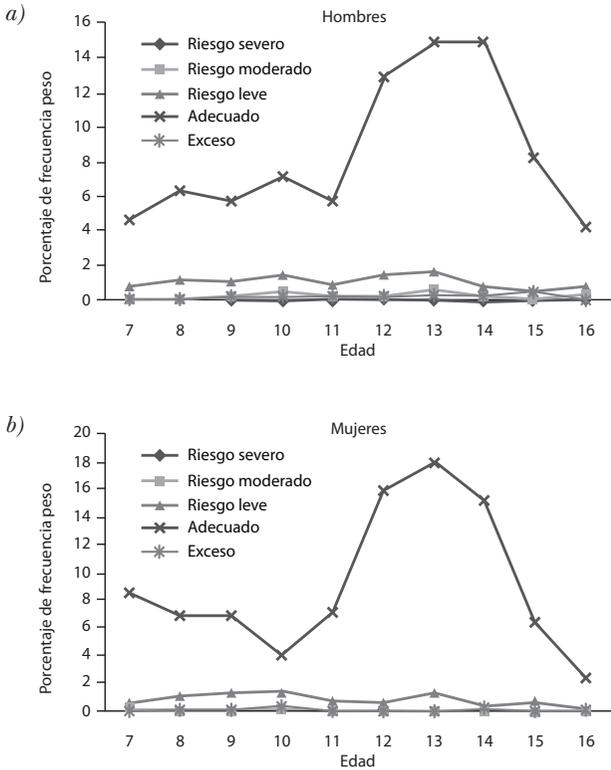


Figura 8. Porcentaje de frecuencia de la clasificación nutricional de estatura de a) hombres y b) mujeres.

Tanto en hombres como en mujeres de la serie aparecen todas las categorías de la clasificación nutricional del índice de peso. La figura 8a muestra que en los hombres hay un riesgo leve de desnutrición crónica, 10.8 %, que se presenta en todas las edades. En un porcentaje muy bajo, 0.2 % y sólo a los 15 años, se encuentra un riesgo nutricional severo. La malnutrición por exceso –peso alto para la edad– está presente en 1.9% en los hombres escolares. De igual manera, en las mujeres la nutrición adecuada es la categoría de clasificación con mayor porcentaje a todas las edades (figura 8b), en seguida está el riesgo de desnutrición leve a todas las edades. En síntesis, los hombres tienen un riesgo de desnutrición mayor que las mujeres a todas las edades.

Peso para la estatura

De las medidas de peso y estatura es posible calcular índices antropométricos que permiten estimar el equilibrio nutricional y la consecuente adaptación somática del individuo al ambiente. El peso para la estatura estima el estado nutricional actual y, de manera más precisa, da cuenta de la desnutrición presente, grado de delgadez e incluso emaciación.

De acuerdo con lo anterior, un bajo peso para la estatura indica riesgo de desnutrición aguda (Restrepo 2000). El uso de este índice permite también diferenciar a los niños que tienen un peso proporcional a su estatura, de los más delgados. Sin embargo, es importante tener en cuenta que al utilizarlo se corre el riesgo de sobreestimar la desnutrición al incluir en la categoría de desnutridos a aquellos sujetos pequeños pero proporcionados, quienes en realidad no lo están.

De acuerdo con el cuadro 7 la serie parece presentar un equilibrio nutricional en este índice, pues 96 % tiene un peso adecuado para su estatura. En los dos extremos está el riesgo leve de desnutrición aguda con un 2 % y el otro 2 % con sobrepeso o peso alto para la estatura. La media de la distribución de puntuaciones z de peso para la estatura es de -0.17 , pese a estar muy cercana al 0 y por tanto demuestra un equilibrio nutricional, éste debe ser analizado con precaución, ya que existe en la curva un pequeño sesgo a la izquierda, tal como lo presenta la figura 9. Es importante constatar que la serie presenta riesgo de desnutrición crónica leve de 7.1 % y moderado de 1 %.

Cuadro 7. Frecuencias de clasificación de puntuaciones z de peso para la estatura

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Riesgo leve	2	2.0	2.0
Adecuado	96	96.0	98.0
Exceso	2	2.0	100
Total	100	100	

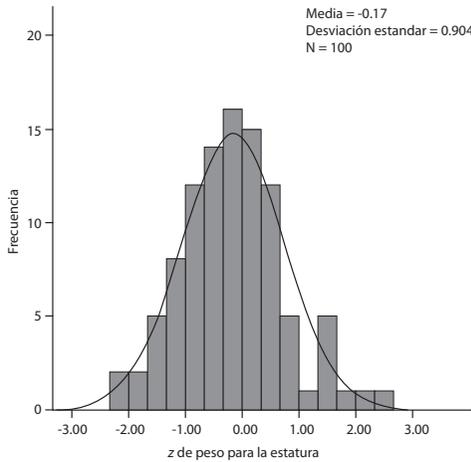


Figura 9. Curva de distribución frecuencias de puntuaciones z de peso para la estatura.

Índice de masa corporal (IMC)

El cuadro 8 presenta la clasificación de los percentiles del IMC, que permiten evaluar el estado nutricional. Se encontró que 19.6 % de los individuos de la serie total se ubican arriba del percentil 85, presentan sobrepeso o están en riesgo de padecerlo; mientras 67.7 % se encuentra en un estado de nutrición adecuado. Además 12.8 % de los escolares medidos tienen delgadez o corren el riesgo de padecerla.

Cuadro 8. Frecuencias de clasificación de percentiles del IMC para la edad de la serie total, Maltrata, Veracruz

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Delgadez	42	4.0	4.0
Riesgo de delgadez	93	8.8	12.8
Adecuado	714	67.7	80.5
Riesgo de sobrepeso	143	13.6	94.0
Sobrepeso	63	6.0	100
Total	1 055	100	

La distribución de las puntuaciones de la media de z , representada en la figura 10, muestra un valor de 0.6 con un leve sesgo de la curva hacia la derecha.

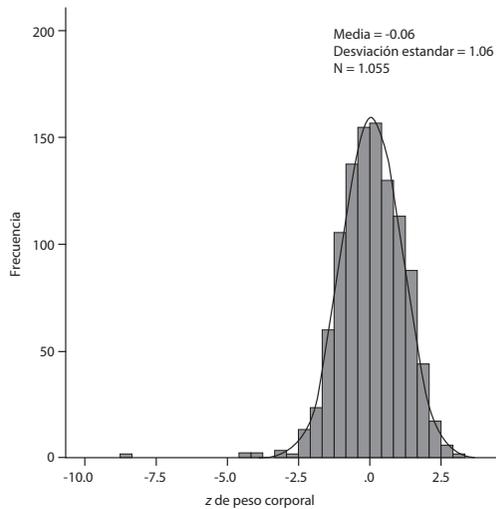


Figura 10. Curva de distribución de frecuencias de puntuaciones z del IMC para la edad.

En el cuadro 9 se presentan las estadísticas básicas de promedios, desviaciones estándar y los valores mínimos y máximos por edad y sexo del IMC.

En la figura 11 se comparan los promedios de índice de masa corporal de hombres y mujeres escolares con la población de referencia. Así, en ambos sexos se observa una tendencia en la curva muy similar al estándar y casi sobreponiéndose una a otra.

En el cuadro 10 se muestran los porcentajes de las clasificaciones nutricionales del IMC por sexo. Se nota que 7.6% de los hombres y 5.2 % de las mujeres presentan problemas nutricionales de delgadez o riesgo de delgadez; 8.5 % de ellos y 11 % de ellas se encuentran en riesgo de sobrepeso o en sobrepeso. El porcentaje con un estado nutricional adecuado es muy similar entre hombres, 33.6 %, y mujeres, 34.1 %. Esta pequeña diferencia entre ambos es un poco más explícita en las medias de puntuaciones z , pues se observa en ellas una media de 0.17 y en ellos de -0.5. Esto significa un leve sesgo de la curva en mujeres a la derecha y en hombres a la izquierda (figura 12).

Cuadro 9. Estadísticas descriptivas de IMC de hombres (H) y mujeres (M)

<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. est.</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
7	H	29	15.45	1.29	13.62	20.01
	M	47	15.96	2.18	13.15	23.06
8	H	41	15.58	1.37	13.60	21.30
	M	43	16.28	2.57	12.85	24.92
9	H	39	16.65	2.64	13.53	27.59
	M	43	16.14	2.62	13.14	23.39
10	H	49	17.21	3.46	12.43	32.32
	M	31	17.50	3.31	11.63	26.72
11	H	39	18.69	4.48	12.51	35.97
	M	40	18.61	2.94	12.91	25.15
12	H	78	18.74	3.06	12.83	33.64
	M	89	20.05	3.52	14.35	32.22
13	H	92	19.84	4.08	10.66	35.09
	M	102	21.00	3.61	14.70	39.10
14	H	86	20.60	3.51	16.45	31.08
	M	82	21.45	3.56	16.02	33.18
15	H	49	21.80	4.77	15.48	44.26
	M	36	22.44	2.63	17.80	29.73
16	H	28	20.68	2.69	16.53	27.34
	M	12	23.06	3.57	18.89	30.59

Según la figura 13, en las mujeres y los hombres escolares de la muestra, el problema nutricional con mayor porcentaje de frecuencia, a casi todas las edades, es el riesgo de sobrepeso. Es preciso anotar que el mayor porcentaje de sobrepeso lo presentan las mujeres a los 13 años de edad, aunque los datos entre 12, 14 y 15 años se encuentran muy cercanos a este pico. En los hombres escolares el punto más alto del riesgo de delgadez, que se presenta a los 13 años, está muy cercano porcentualmente al punto más alto del riesgo de sobrepeso, a los 14 años.

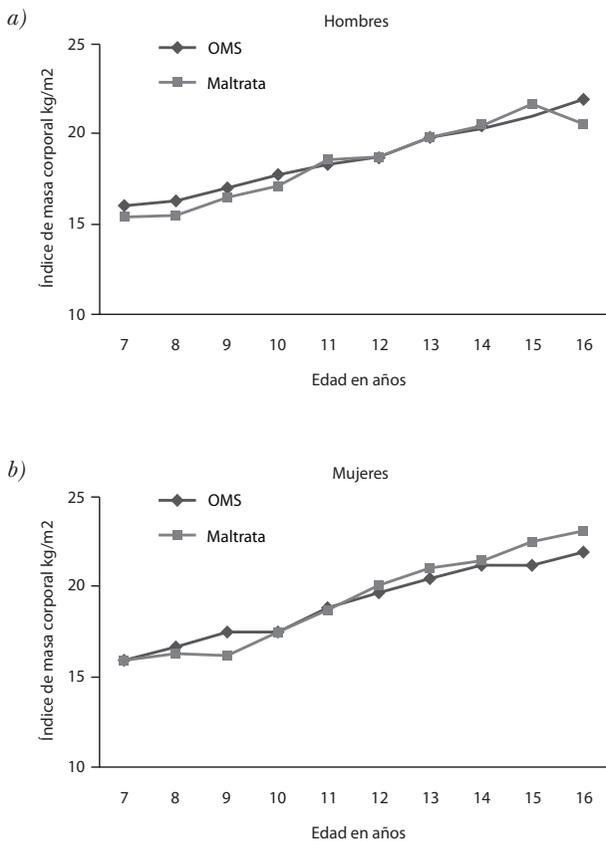


Figura 11. Comparación de los promedios de IMC de a) hombres y b) mujeres con la población de referencia.

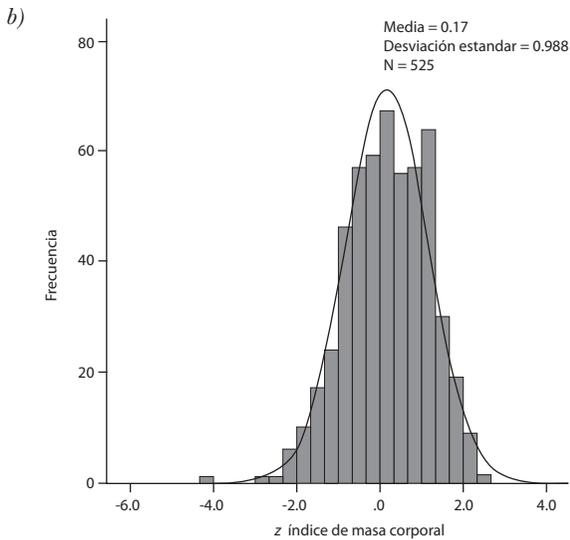
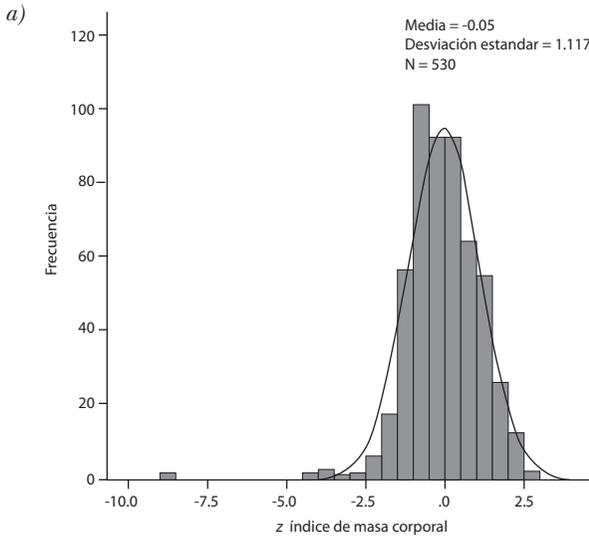


Figura 12. Curva de distribución frecuencias de puntuaciones z de IMC para la edad de a) hombres y b) mujeres escolares.

Cuadro 10. Frecuencias de clasificación de percentiles de IMC comparación por sexo

Categoría	Sexo		Total
	Mujeres	Hombres	
Delgadez	1.8 %	2.2 %	4.0 %
Riesgo delgadez	3.4 %	5.4 %	8.8 %
Adecuado	33.6 %	34.1 %	67.7 %
Riesgo sobrepeso	8.1 %	5.5 %	13.6 %
Sobrepeso	2.9 %	3.0 %	6.0 %
Total	49.8 %	50.2 %	100 %

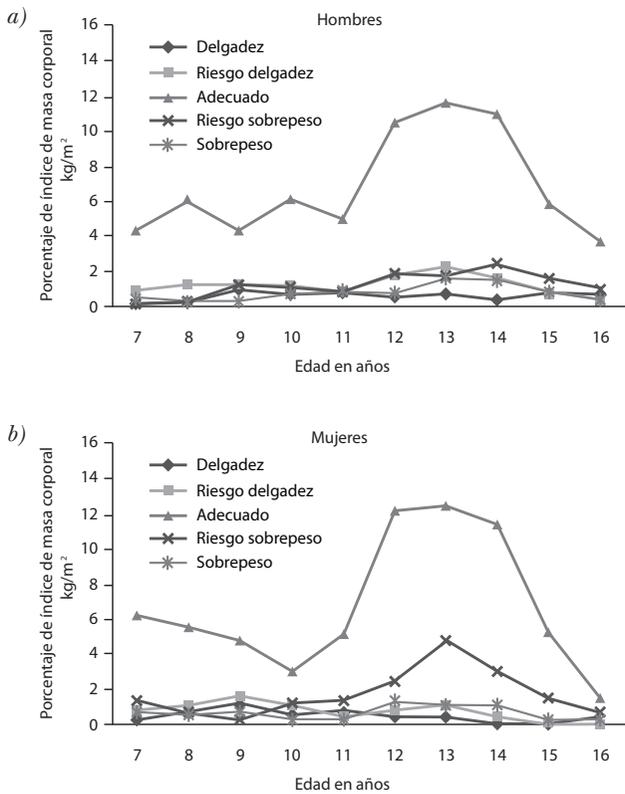


Figura 13. Curvas de porcentajes de frecuencias de percentiles de IMC para la edad de a) hombres y b) mujeres.

Adiposidad

Como se ha visto hasta el momento, con el peso, la edad y el índice derivado de ellas se conoce la masa corporal total. Por esta vía la evaluación nutricional y de crecimiento se presenta en términos de riesgo nutricional por deficiencia o exceso de peso. Sin embargo, esta información no es específica en cuanto al tejido que se encuentra comprometido; por esta razón, no se precisa si el exceso o la deficiencia es debido a la masa libre de grasa o a la grasa; el sobrepeso por exceso de masa muscular significa una adecuada nutrición, mientras que en el exceso de grasa estamos frente a un problema de malnutrición.

De acuerdo con lo anterior, en estado de obesidad se caracteriza a aquellos individuos que presentan al mismo tiempo sobrepeso y grandes cantidades de grasa subcutánea (OMS 1995); esta grasa subcutánea tiene una mayor correlación con los panículos adiposos tricipital y subaescapular según Restrepo (2000).

Partiendo de la clasificación de Lohman (Restrepo 2000), y de acuerdo con la sumatoria de panículos adiposos subaescapular y tricipital en la muestra total, 83 % presenta un porcentaje de grasa adecuada, 2.9 % tiene un porcentaje de grasa muy baja y baja, y 16.1 % se caracteriza por exceso de grasa u obesidad (cuadro 11).

En los cuadros 12 y 13 se muestran las estadísticas básicas de promedios, desviaciones estándar y los valores mínimos y máximos de los panículos adiposos tricipital y subaescapular, respectivamente, por edad y sexo.

Posteriormente, la figura 14 compara los promedios de suma de panículos adiposos por edad y sexo de mujeres y hombres escolares con la población de referencia. Ambas curvas presentan un ascenso constante, aunque la curva de las mujeres permanece en el tiempo y la de los hombres es irregular puesto que tiene ascensos y descensos a través de todas las edades. Sin embargo, una y otra están por encima del estándar. Se observa una malnutrición por exceso.

Al analizar las frecuencias de clasificación de percentiles de la suma de panículos en el cuadro 14, se aprecia que aparecen todas las categorías nutricionales por deficiencia establecidas para el índice. Los problemas nutricionales por deficiencia expresada en las categorías de baja y muy baja son similares porcentualmente en los hombres y mujeres. En mayor porcentaje los hombres presentan una adecuada nutrición

y las mujeres malnutrición por exceso de grasa. Cabe anotar que las categorías más extremas de la malnutrición por demasía –exceso de grasa y obesidad– se encuentran en la muestra.

Cuadro 11. Frecuencias de clasificación de percentiles de la suma de pliegues de la muestra total

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy baja	2	0.2	0.2
Baja	29	2.7	2.9
Adecuada	854	80.9	83.9
Exceso de grasa	135	12.8	96.7
Obesidad	35	3.3	100
Total	1 055	100	

Cuadro 12. Estadísticas descriptivas de panículo adiposo tricípital de hombres (H) y mujeres (M) escolares de Maltrata, Veracruz

Edad	Sexo	N	Media	Desv. est.	Mínimo	Máximo
7	H	29	7.73	1.73	4.60	13.20
	M	47	11.39	3.96	6.20	27.60
8	H	41	8.12	2.61	5.00	19.40
	M	43	11.50	3.51	5.40	19.20
9	H	39	9.52	4.69	4.20	28.60
	M	43	11.13	3.78	5.40	21.00
10	H	49	9.76	4.48	4.60	26.80
	M	31	12.44	4.42	6.40	21.80
11	H	39	10.96	5.59	5.20	31.60
	M	40	12.90	3.99	7.00	23.40
12	H	78	10.73	4.24	4.40	27.20
	M	89	14.84	4.94	6.80	31.20
13	H	92	11.04	5.77	4.40	28.80
	M	102	15.89	4.98	7.20	30.20

Cuadro 13. Estadísticas descriptivas de panículo adiposo subescapular de hombres (H) y mujeres (M)

<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
7	H	29	5.6	1.2	4.0	9.0
	M	47	8.2	4.8	4.6	30.0
8	H	41	6.2	1.8	4.4	15.4
	M	43	8.6	3.6	4.4	20.4
9	H	39	7.7	4.9	4.2	28.6
	M	43	8.7	4.7	5.2	24.6
10	H	49	7.8	4.8	4.2	29.8
	M	31	10.7	6.0	4.6	27.4
11	H	39	10.0	7.6	4.4	36.2
	M	40	12.9	5.3	6.2	26.6
12	H	78	8.7	4.7	3.6	35.8
	M	89	12.4	5.5	5.9	33.2
13	H	92	9.4	5.7	4.6	36.0
	M	102	13.1	4.8	5.7	25.0
14	H	86	9.6	4.0	5.4	24.6
	M	82	13.8	5.7	6.8	33.8
15	H	49	10.5	5.3	5.6	35.4
	M	36	15.0	4.8	7.4	24.8
16	H	28	9.3	3.3	6.2	20.6
	M	12	15.7	4.7	9.0	24.2

Cuadro 14. Comparación por sexo de las frecuencias de clasificación de percentiles de la suma de panículos

Categoría	Sexo		Total
	Mujer	Hombre	
Muy baja	0.1 %	0.1 %	0.2 %
Baja	1.6 %	1.1 %	2.7 %
Adecuada	38.0 %	42.9 %	80.9 %
Exceso de grasa	8.8 %	4.0 %	12.8 %
Obesidad	1.2 %	2.1 %	3.3 %
Total	49.8 %	50.2 %	100 %

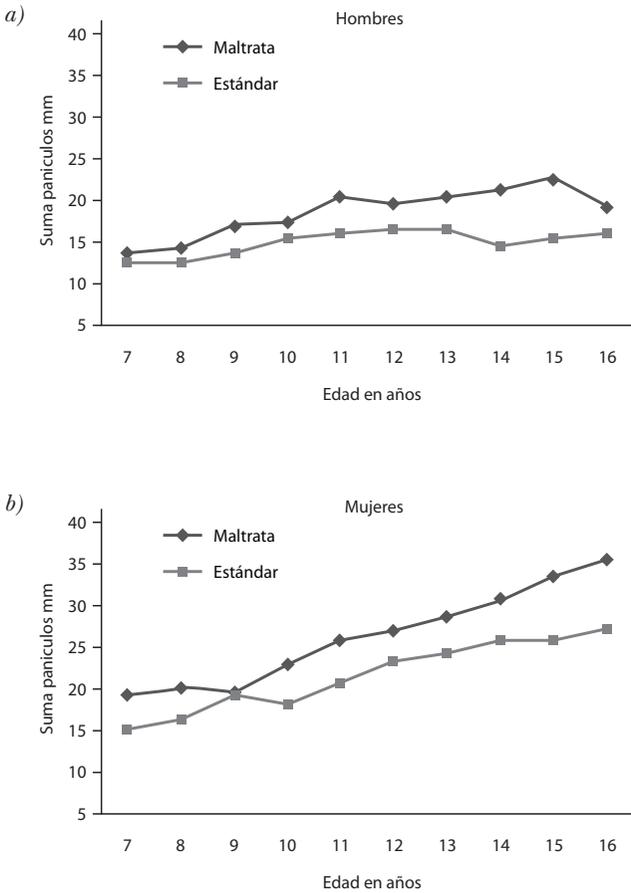


Figura 14. Curvas de suma de panículos adiposos de comparación de medias con el estándar por sexo de a) hombres y b) mujeres escolares.

En la figura 15, sobre la clasificación nutricional de la suma de panículos adiposos por sexo y edad de la muestra, la baja y muy baja acumulación de grasa es similar porcentualmente en hombres y en mujeres, casi en las mismas edades. El exceso de grasa en ellas se expresa ampliamente entre los 11 y 14 años, tiempo del segundo estirón de crecimiento; es tal este fenómeno que el pico de la curva resalta a los 13 años. Presentan obesidad 4.2 % de ellos y 2.5 % de ellas.

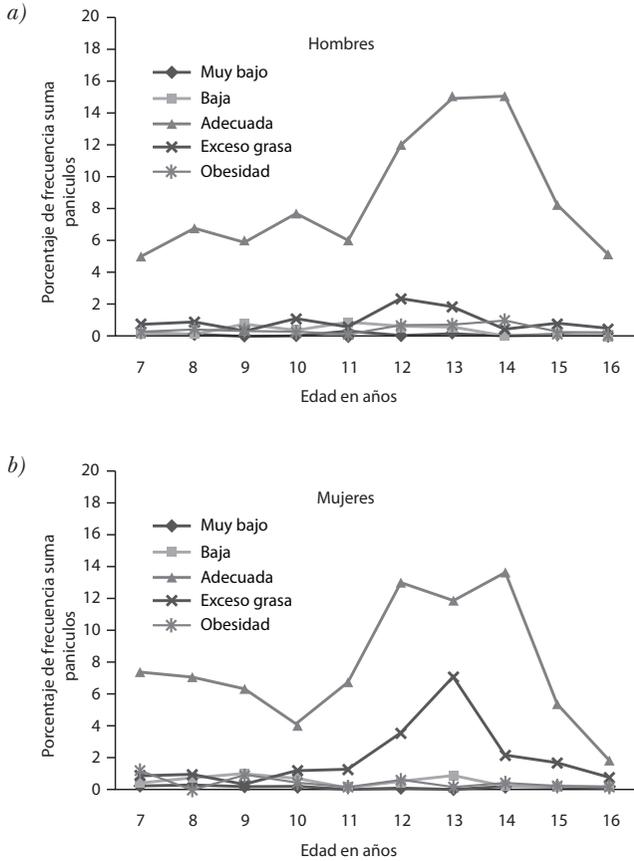


Figura 15. Porcentaje de frecuencia de la clasificación nutricional de suma de panículos de a) hombres y b) mujeres.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La baja estatura para la edad se ha asociado a condiciones económicas de pobreza y ambientes deteriorados por nutrición inadecuada, ya sea por el suministro insuficiente de alimentos o por las continuas infecciones que empeoran la malnutrición de manera continua, a causa de una inadecuada absorción de los nutrientes (OMS 1986; Foster *et al.* 2005).

En la mayoría de las poblaciones la distribución de la estatura para la edad es aproximadamente normal (Beaton *et al.* 1990); la muestra de

Maltrata tiene una puntuación z media muy inferior a 0, lo cual indica que el problema no se presenta únicamente en una parte de la serie estudiada sino en la totalidad de ella. Esto es, la baja estatura es un problema de la mayoría de prepúberes y púberes medidos. Este fenómeno también se evidencia en el porcentaje de los afectados: un tercio de la serie esta en el punto de corte recomendado por la OMS, $-2 DE$, para el monitoreo de problemas de salud y nutrición, y más de la mitad de la muestra se encuentra a $-1.5 DE$. En la niñez avanzada, una estatura baja refleja procesos de desnutrición crónica anterior; en la adolescencia, ésta, refleja, además, una pérdida de oportunidad presente para crecer en este último brote del crecimiento.

La desnutrición crónica, reflejada en la estatura baja, tiene efectos en el presente y el futuro de los adolescentes. Según la etapa en que están los jóvenes y las jovencitas que no crecieron como debían en su etapa anterior y no están creciendo como debieran en la etapa ontogénica presente, lo cual significa la combinación de desnutrición pasada y presente en la serie estudiada.

La masa corporal total expresada en el peso presenta resultados más cercanos al patrón de referencia que la talla; si bien no presenta sobrepeso, por lo menos muestra un gran porcentaje de bajo peso para la edad, lo cual nos indica una nutrición presente alterada en especial en los niños.

Es notable el efecto de la desnutrición a partir de los 13 años en los chicos y desde los 12 años en las chicas, esto muy posiblemente debe obedecer al inicio de la pubertad, etapa de mayor demanda energética por el segundo estirón de crecimiento. Dentro de las causas fundamentales que afectaron la nutrición y por lo tanto el crecimiento, está la alimentación insuficiente y las enfermedades del sistema digestivo generadas por un deficiente saneamiento básico, como la recolección de basura, aguas residuales, disposición de excretas y la potabilización del agua.

El perfil somático de los niños y adolescentes de la serie de Maltrata concuerda con estudios realizados en indígenas tojolabales de Chiapas, nahuas de Yucatán, mazahuas y otomíes del estado de México y nahuas de Morelos, en los que se reportan problemas nutricionales crónicos en las décadas pasadas (Aréchiga y Serrano 1981; Ramos y Serrano 1986). De igual manera, este estudio refleja el problema de la región sur del país, ya reportado en la Encuesta Nacional de Nutrición 2003 por el INSS; los indicadores antropométricos señalaron la más alta prevalencia

de baja talla para la edad en dicha zona, 27.6 % –frente a un 8.4 % en la ciudad de México–, acompañado de anemia y consumo inadecuado de algunos micronutrientes. La misma encuesta y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) en el 2003 indican que en México ha disminuido la mortalidad infantil pero de manera simultánea ha aumentado el número de sobrevivientes en malas condiciones de crecimiento y desarrollo. La distribución generalizada de la malnutrición crónica nos hace pensar en el llamado de atención de Leatherman y Goodman (1997) sobre el aporte de la síntesis biocultural como propuesta teórica y metodológica en la integración de los datos y fenómenos de la biología humana con los procesos sociales y políticos, como la distribución inequitativa de la riqueza social y el sometimiento de grandes zonas a una pobreza generalizada.

Al analizar estos datos con otras investigaciones realizadas en ciudades mexicanas intermedias, como Xalapa (Brewis 2003) se encontraron también porcentajes altos de sobrepeso y obesidad. En cambio, Maltrata guarda menos características de población urbana y los resultados de sobrepeso en escolares muestran porcentajes mucho menores (Monsalve 2002). Por tanto, de alguna manera, el cruce de la información generada en estas dos ciudades y la comunidad de Maltrata puede estar corroborando la información de la ENN, en la cual se afirma que existen grandes porcentajes de sobrepeso en las áreas urbanas en contraste con las rurales y que la obesidad y el sobrepeso pueden estar relacionadas con la urbanización (Helsing 1995; Bourges 2001).

Si bien se ha señalado que a las edades en que se encuentra este grupo de estudio los problemas de nutrición y crecimiento, pasados y presentes, ya no significan predictivamente riesgo de mortalidad, es de gran valor elaborar estudios en estas edades ya que se trata de la búsqueda de indicadores asociados a una merma de la calidad de vida reflejada en sobrevivientes desmejorados con repercusiones en la salud futura. Por lo cual, se espera que las intervenciones en las condiciones socioeconómicas de Maltrata o poblaciones similares que reflejan una pauperización continua abarquen todos los procesos sociales, destinados a elevar la calidad de vida de toda la población a nivel de las regiones.

El crecimiento insuficiente como problema de salud pública amerita la estructuración de un sistema de abastecimiento de agua potable y saneamiento básico adecuado a las necesidades de la comunidad, lo anterior debe estar acompañado de las actividades de atención primaria

en salud, tales como la educación y promoción de la misma en las cuales participa la comunidad, muy especialmente por parte de las entidades municipales.

AGRADECIMIENTOS

Los autores del artículo agradecemos, muy especialmente, a las autoridades y pobladores de Maltrata por su amplia colaboración en los proyectos de investigación que se realizaron. A la Dirección General de Personal Académico, Universidad Nacional Autónoma de México, por su apoyo, particularmente al proyecto PAPIIT-IN 302313.

REFERENCIAS

ARÉCHIGA, JULIETA Y CARLOS SERRANO

1981 "Parámetros antropométricos de crecimiento en un grupo indígena mayence (tojolabal)", *Estudios de Cultura Maya*, 13: 307-337.

BEATON, G., A. NELLY, J. KEVANY, R. MARTORELL Y J. MASON

1990 *Appropriate uses of anthropometric indices in children*, Organización de las Naciones Unidas (Nutrition Policy Discussion Paper, 7), Ginebra.

BREWIS, A.

2003 "Biocultural Aspects of Obesity in Young Mexican School Children", *American Journal of Human Biology*, 15: 446-460.

BOURGES, H.

2001 "La alimentación y la nutrición en México", *Revista Comercio Exterior*, 51(10): 89-904.

CHEN, L.

1980 "Estimating the health benefits of improved water supply through assessment of nutritional status in developing countries", ensayo inédito, en: McJunkin, Eugene, 1988, *Agua y salud humana*, Noriega-Organización Mundial de la Salud-Limusa, México.

CROOKS DEBORAH L.

1999 "Child growth and nutritional status in a high poverty community in Eastern Kentucky", *American Journal of Physical Anthropology*, 109: 129-142.

FRISANCHO A. ROBERTO

1990 *Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status*, University of Michigan Press, Ann Arbor.

FOSTER, Z., E. BYRON, V. REYES-GARCÍA, T. GUANACA, V. VADEZ, L. APAZA, E. PÉREZ, S. TANNER, Y. GUTIERREZ, B. SANDSTROM, A. YAKHEDTS, C. ORBORNA, R. A. GODOY Y W. LEONARD

2005 “Physical growth and nutritional status of Tsimane’ Amerindian children of lowland Bolivia”, *American Journal of Physical Anthropology*, 126: 343-351.

HELSING, E.

1995 “Traditional diets and disease patterns of the Mediterranean, circa 1960”, *American Journal of Clinical Nutrition*, 61, Suppl.: S1329-S1337.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI)

2000 [en línea] Censo de población y vivienda < <http://www.inegi.gob.mx> > [consulta: 12 de marzo de 2001].

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

2003 *Encuesta Nacional de Salud 2000*, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

JIMÉNEZ OVANDO, ROBERTO Y ZAID LAGUNAS

1997 “La distribución de tejido muscular y adiposo en el brazo de mazahuas y otomíes del noroeste del Estado de México”, *Estudios de Antropología Biológica*, 6: 205-224.

LEATHERMAN, L. THOMAS Y ALAN H. GOODMAN

1997 “Expanding the synthesis toward a biology of poverty”, *American Journal of Physical Anthropology*, 102: 1-3.

MCJUNKIN, F. EUGENE

1985 *Agua y salud humana*, Noriega-Organización Mundial de la Salud-Limusa, México.

MONSALVE, TIMISAY

2002 *Evaluación del crecimiento y estado de nutrición en los escolares de Maltrata, Veracruz. México*, tesis, Facultad de Filosofía y Letras-Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

OCHOA MARÍA, ANTONIETA

- 2006 *Antropometría nutricional en la población del valle de Maltrata, Veracruz, México*, tesis, Facultad de Filosofía y Letras-Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACIÓN (FAO)

- 2003 *Perfiles nutricionales por países. México*, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Roma.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

- 1986 "Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. Report of a WHO working group", *Bulletin of the World Health Organization*, 64 (6): 929-941.
- 1995 *Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee*, Organización Mundial de la Salud (Technical Report Series, 854), Ginebra.

RAMOS, ROSA Y CARLOS SERRANO

- 1986 "El proceso de homeorresis en tres grupos indígenas de México. Modificaciones en la talla y en la composición corporal", *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 43 (10): 599-611.

RESTREPO, M. T.

- 2000 *Estado nutricional y crecimiento físico*, Universidad de Antioquia, Medellín.

SECRETARÍA DE SALUD

- 2000 *Informe de salud, Jurisdicción Sanitaria No. VII, Orizaba, Veracruz*.
- 2002 "Reportes de salud para Maltrata, Veracruz", manuscritos.

SERRANO, CARLOS, TIMISAY MONSALVE, NEFTALY ROJAS

Y SANTIAGO CARDONA

- 2002 "El crecimiento físico en escolares de Maltrata, Veracruz, desde un enfoque de salud pública y saneamiento ambiental", *Anales del XXVIII Congreso Interamericano de Ingeniería Sanitaria y Ambiental*, Asociación Interamericano de Ingeniería Sanitaria y Ambiental, Cancún.

SHELL-DUNCAN, BETTING

- 1997 "Evaluation of infection and nutritional status as determinants of cellular immunosuppression", *American Journal of Human Biology*, 9 (3): 381-390.

SPURR, G. B.

- 1988 "Effects of chronic energy deficiency on stature, work capacity and productivity", B. Schürch y N.S. Scrimshaw (eds.), *Chronic energy deficiency: consequences and related issues*, Internacional Dietary Energy Consultancy Group, Lausana.

WATERLOW, JOHN C.

- 1996 *Malnutrición proteico. Energética*, Organización Mundial de la Salud, Washington.

WEINER, JOSEPH S. Y JOHN A. LOURIE

- 1981 *Practical human biology*, Academic Press, Nueva York.

LOS PREESCOLARES DE MALTRATA, VERACRUZ. UNA VISIÓN DESDE LA ANTROPOLOGÍA NUTRICIONAL

María Antonieta Ochoa Ocaña¹

Unidad Académica de Estudios Regionales, UNAM

INTRODUCCIÓN

Desde la época prehispánica, Maltrata ha constituido un punto estratégico entre las costa del Golfo de México y el Altiplano central del país por donde no sólo han transitado individuos y mercancías, sino además políticas de desarrollo. A finales del siglo XIX la construcción de la vía férrea que uniría al puerto de Veracruz con la ciudad de México y la instalación de la estación de San Pedro Maltrata tuvo gran efecto sobre este pueblo indígena de habla náhuatl: el auge económico propiciado por la contratación de mano de obra, la intensificación de la agricultura comercial y de autoconsumo y la venta de alimentos preparados.

La bonanza económica sufrió un serio descalabro con la construcción de la autopista México-Córdoba-Veracruz en los años sesenta del siglo XX, lo que originó una importante depresión económica, la cual se acentuó drásticamente con la venta del ferrocarril a la iniciativa privada en 1990 y el cierre de la estación en 1994. Se dio un cambio en la dinámica social, económica y cultural de Maltrata. En este contexto, nos interesó llevar a cabo un estudio sobre las condiciones nutricionales de los preescolares de Maltrata, considerando que se trata de una edad muy sensible a situaciones socioeconómicas adversas.

¹ Proyecto Gestación y diversidad poblacional en la región Córdoba-Orizaba. Una perspectiva antropológica (clave DGAPA PAPIIT IN 307307). Instituto de Investigaciones Antropológicas-Universidad Nacional Autónoma de México, Unidad Académica de Estudios Regionales.



Figura 1. Panorámica del valle de Maltrata

(tomado de: <http://beccainthedf.blogspot.mx/2011/08/maltrata-veracruz.html>)

Maltrata, Veracruz. Algunos rasgos sociodemográficos

El municipio de Maltrata se ubica en las coordenadas $18^{\circ} 48' 40''$ de latitud norte y $97^{\circ} 16' 30''$ de longitud oeste a una altura de 1 720 msnm. Posee una superficie total aproximada de 13 243 kilómetros cuadrados. Los límites geográficos de este valle están marcados por distintas elevaciones orográficas pertenecientes a la provincia fisiográfica de la Sierra Madre Oriental, que sirve de frontera natural del estado de Veracruz hacia el oriente. Este valle se encuentra rodeado de altas montañas (figura 1), destacando al noreste el cerro del Xochío y al noroeste las Cumbres de Maltrata. Limita con los siguientes municipios: Ixhuatlancillo, Nogales, Camerino Z. Mendoza (Ciudad Mendoza), Aquila y Acultzingo.

Las grandes montañas que se elevan abruptamente alrededor del valle ocasionan un constante cambio de clima. Así, la variabilidad de altitudes hace que se localice un área transicional entre los climas cálidos de la planicie costera y los templados del área montañosa; esta posición explica

su clima templado-húmedo-extremoso, de frío riguroso con heladas o nevadas en casi todo el año (Gobierno del Estado de Veracruz 1999).

En cuanto a generalidades demográficas, Maltrata, según el censo del 2000, contaba con una población total de 14 709 habitantes. De la población analfabeta (1 286 personas), 93.3 % son mujeres y sus edades oscilan entre los 15 años y hasta más de 65. Esta cifra es relevante a considerar en la aplicación de encuestas y en la planeación de un programa encaminado a mejorar el estado de nutrición, dado que en ellas recae lo relacionado con la alimentación y la salud de la familia en general.

Respecto a los niveles educativos, el promedio de la población es de educación básica concluida.

En relación al comportamiento epidemiológico del municipio, se analizaron los datos de morbilidad y mortalidad general y por grupo de edad entre los años 2000 y 2004; de este análisis es importante señalar que en la población general, las infecciones respiratorias agudas y gastrointestinales representan las causas principales de morbilidad, y las causas predominantes de muerte son enfermedades cardiovasculares y hepáticas, frecuentemente asociadas a alcoholismo y diabetes mellitus (Secretaría de Salud 2005).

En la actualidad, las actividades económicas de mayor importancia en Maltrata son la agricultura, la industria manufacturera, la construcción y el comercio.

Con respecto a las actividades primarias, el municipio cuenta con tres ejidos que comprenden un total de 1 867 hectáreas; uno de estos está dedicado exclusivamente a la recolección, destacando la actividad silvícola de especies forestales, como el pino y el encino. El destino total de la producción de estos ejidos es para el autoconsumo y en estas unidades también se cría ganado bovino, caprino y ovino (INEGI 2000). Además, la población se vincula laboralmente a tres granjas avícolas asentadas en el municipio.

En cuanto a la agricultura, es de carácter extensivo y tiene como propósito fundamental asegurar el suministro de alimentos a la familia ya que aproximadamente 60 % de la producción agrícola de cultivos alimentarios es para el autoconsumo; otro 30 % tiene la finalidad principal de abastecer a la familia y lo restante para venta, sólo 10 % se destina exclusivamente a la venta local o regional.

La extensión que ocupa el valle está irrigada por corrientes subterráneas que permiten la presencia de manantiales y ojos de agua,

condición que favorece una agricultura de riego. Los productores eligen este tipo para la producción de hortalizas, logrando en promedio dos cosechas al menos. Bajo este régimen se cultiva cilantro, lechuga, ejote, acelga, calabazas, espinacas, rábano y ejote. El resto de las tierras corresponden a extensiones de temporal dedicadas básicamente al cultivo de maíz y en menor proporción de frijol. Es importante señalar que son cada vez más las parcelas dedicadas al cultivo comercial de la flor, principalmente nube.

Por otra parte, pero dentro de las actividades primarias, la cría y cultivo en la parcela o solar es una práctica tradicional muy arraigada. En estos espacios los árboles frutales, las plantas medicinales, alimenticias u ornamentales, así como la crianza de cerdos y aves de corral representan un excelente complemento en la dieta familiar y por supuesto en la economía. Por lo regular estos solares no rebasan una hectárea y generalmente allí se ubican el lavadero, los corrales y los espacios para los animales domésticos, como los perros.

La cría de cerdos y guajolotes tiene sobre todo un propósito comercial cuya venta constituye ingresos extras a la economía familiar. En cambio, la de pollos y gallinas tiene como fin el autoconsumo con doble propósito: carne y huevo. La cría y cuidado de los cerdos y las aves queda en manos de las amas de casa, quienes se apoyan en los hijos mayores para esta actividad.

En el área manufacturera, recientemente comenzó a funcionar una maquiladora de ropa, que al parecer contrata en mayor medida a los jóvenes, ya que uno de los requisitos es el certificado de estudios de secundaria (Monsalve 2002).

Un fenómeno interesante resulta el fuerte proceso de emigración, principalmente de la población joven, hacia los Estados Unidos de Norteamérica. Esta movilización, entre las dos últimas décadas del siglo pasado y lo que va del presente, se ha presentado como una estrategia en respuesta a la depresión económica actual (Larios 2001).

METODOLOGÍA

La metodología elegida para el estudio fue concebida desde la subdisciplina denominada antropología nutricional, específicamente bajo la orientación de la epidemiología nutricional. Fue de carácter transversal, descriptivo y deductivo, que partió de un diagnóstico alimentario

mismo que permitió conocer generalidades en torno a la producción, distribución, abasto y consumo de alimentos además de establecer un primer enlace con la comunidad.

De acuerdo con los objetivos de esta investigación resulta importante señalar cómo se evalúa el estado de nutrición de una población, definido como la condición resultante de la ingestión, digestión, absorción y utilización de nutrimentos y en la que interactúan factores de tipo biológico, psicológico y social, dado su carácter complejo.

Su evaluación se conformó por una serie de técnicas directas e indirectas de carácter físico y dietético, las cuales permitieron no sólo conocer las condiciones de nutrición como tal, sino además identificar los posibles efectos de éstas sobre la salud y por lo tanto sobre la calidad de vida de los menores. En general, el acopio de la información de campo se realizó a través de cuatro rubros:

- Cédula antropométrica.
- Encuestas dietéticas.
- Encuestas de salud.
- Guía de entrevista para datos cualitativos.

Este esquema metodológico logró fusionar aspectos biológicos y culturales cuyo manejo en conjunto permitió obtener datos cualitativos y cuantitativos que explicaran la alimentación, la nutrición y la salud preescolar en Maltrata, Veracruz; para ello se utilizaron técnicas directas e indirectas de evaluación del estado de nutrición. Se aplicaron cuestionarios para identificar prácticas maternas en relación con la salud y se enriquecieron estos datos con la observación durante el trabajo de campo, siguiendo los lineamientos de lo que podría denominarse “etnografía de la alimentación” para conocer aspectos importantes de este componente cultural. Se abarcó un total de 396 preescolares (211 niños y 185 niñas), pertenecientes a 195 familias. El trabajo de campo se realizó en 2002.

DATOS DIETÉTICOS

Al adentrarse en el rubro del consumo de alimentos, es importante decir que la población de Maltrata en promedio gasta \$ 831.15, lo que representa 84.25 % del ingreso mensual total.

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la encuesta de frecuencia de consumo, con la finalidad de conocer aspectos cualitativos de la dieta, tenemos que entre los alimentos de mayor consumo del grupo de cereales y leguminosas destacan la tortilla de maíz, el pan blanco, los frijoles negros, el arroz y el pan dulce. Para el grupo de alimentos de origen animal aparece el huevo, la carne de pollo, leche, carne de cerdo o res y la manteca de cerdo. Los alimentos de mayor consumo en el grupo de frutas y verduras fueron la cebolla, el jitomate, el chile seco o fresco, la naranja y la calabaza. Finalmente entre los alimentos industrializados la población incluye frecuentemente azúcar, café, aceite, pastelillos de bolsa y polvos para preparar bebidas.

En general, el tipo de dieta tiene como base maíz-frijol y chile, a los que se agregan derivados de trigo, como galletas y pastas, además de otros cereales, como el arroz, y una cantidad más o menos constante de frutas, verduras y productos de origen animal.

Es importante destacar, en términos de alimentación, que entre los meses de julio a febrero (secas) los niños preescolares de Maltrata desayunan café negro con leche, acompañado de bolillo y ocasionalmente frijoles; durante la comida habitualmente consumen sopa de pasta, tortilla, frijoles y agua, a veces pueden consumir carne, preferentemente de pollo. Finalmente en la cena aparece nuevamente el café, el pan y los frijoles. En pocos casos se omite este tiempo de comida. Como colación matutina o vespertina aparecen algunos alimentos como fruta (naranja y plátano, predominantemente), congeladas de yogurt, gelatinas de agua y frituras vendidas a granel o industrializadas.

Durante los meses de marzo a junio (lluvias), el desayuno y la cena se mantienen sin variación con respecto al periodo de secas; sin embargo, en la comida aparecen verduras, carne de pollo o res y agua de fruta o de polvos industrializados. La fruta nuevamente aparece en una colación donde se da una mayor gama de alimentos, destacando aquellos industrializados, como pastelillos, frituras y refresco.

Estas diferencias en la dieta habitual de los preescolares obedece principalmente a dos factores complementarios: *a*) mayor disponibilidad local de productos cultivados en la comunidad, como es el caso de las verduras, y *b*) incremento en el ingreso familiar por la venta de excedentes agrícolas y/o por el empleo temporal en las “tabiqueras” durante las lluvias. Así entonces, el cambio en la dieta constituye un fiel reflejo de tiempos de mejoría económica.

En el rubro de alimentación resulta importante señalar además que aproximadamente sólo 30 % de la población está inscrito en algún programa de ayuda alimentaria gubernamental. Finalmente, y dados los antecedentes prehispánicos de la comunidad, la población clasifica a los alimentos en calientes y fríos. Por ejemplo, dentro de alimentos calientes están: mango, piña, cacahuete, chile, guanábana, tamarindo, especias y plátano; en tanto que en la categoría de alimentos fríos se encuentran las habas, los frijoles, los nopales, melón, sandía y en general todas las verduras.

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

De un total de 396 preescolares (211 niños y 185 niñas) comparados con las tablas de referencia del National Center of Health Statistics (NCHS), tenemos que, del total de la muestra, 65 % de los niños presentó un estado de nutrición normal, considerando el indicador peso para la edad (figura 2); en cuanto a la relación talla para la edad, 52 % de los niños presentó desmedro o pequeñez (figura 3) y bajo el indicador peso para la talla, sólo 4 % presentó emaciación (figura 4).

Siguiendo estos mismos parámetros, el comportamiento para el sexo femenino es el que se presenta en las figuras 5, 6 y 7.

Del análisis de las gráficas resulta significativo que 65 % de los niños están en el parámetro de normalidad y que sólo 55 % de las niñas se ubicó en el mismo rubro.

A partir del indicador talla para la edad, la población, en términos generales, no tuvo diferencias importantes en ambos sexos, pues aproximadamente la mitad de las series masculina y femenina se ubicó en el rango de normalidad.

Bajo la mirada del indicador peso/talla nuevamente el sexo masculino presentó una ligera diferencia, con 5 % en emaciación, mientras que el sexo femenino, 3 %.

PRÁCTICAS MATERNAS DE ALIMENTACIÓN PREESCOLAR

Entre los antecedentes alimentarios a considerar en la nutrición y la salud preescolar están la lactancia y la ablactación, y al respecto en Maltrata se encontró lo siguiente.

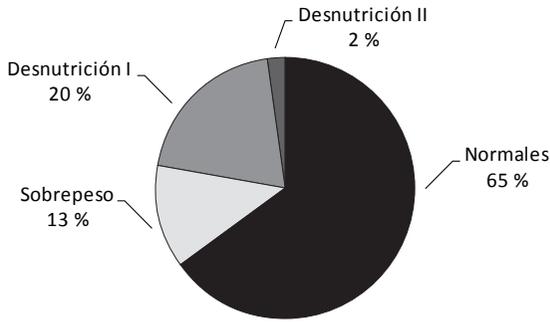


Figura 2. Estado de nutrición –peso/edad– (NCHS), sexo masculino, Maltrata, Veracruz.

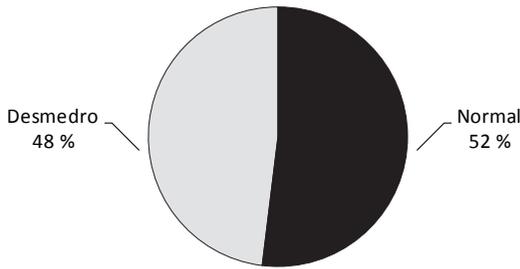


Figura 3. Estado de nutrición –talla/edad– (NCHS), sexo masculino, Maltrata, Veracruz.

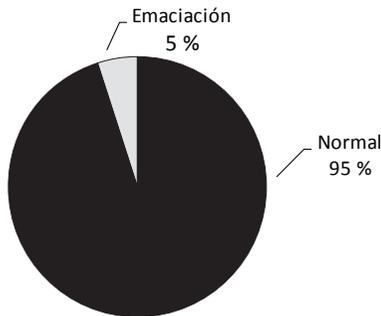


Figura 4. Estado de nutrición –peso/talla– (NCHS), sexo masculino, Maltrata, Veracruz.

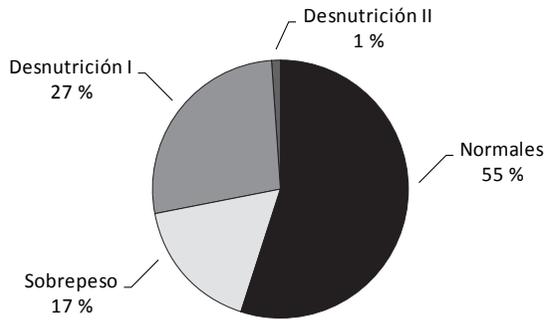


Figura 5. Estado de nutrición -peso/edad- (NCHS), sexo femenino, Maltrata, Veracruz.

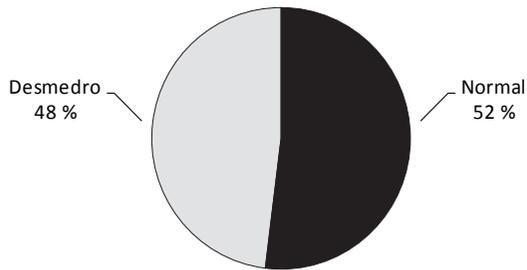


Figura 6. Estado de nutrición -talla/edad- (NCHS), sexo femenino, Maltrata, Veracruz.

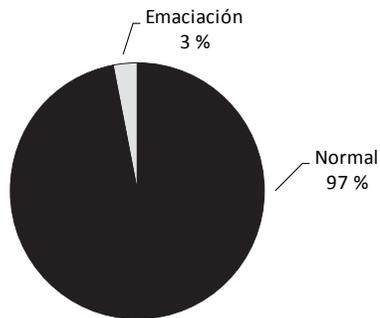


Figura 7. Estado de nutrición -peso/talla- (NCHS), sexo femenino, Maltrata, Veracruz.

La lactancia materna afortunadamente continúa siendo una práctica común entre las madres y sólo un bajo porcentaje de ellas recurre a la lactancia artificial. Ahondando sobre esta práctica, tenemos que aproximadamente la mitad de las madres ofrecen el seno materno al menor por espacio de un año a un año y medio. Entre las madres que ofrecen lactancia materna por menos de un año, el causal predominante del cese fue un nuevo embarazo.

Cabe destacar que sólo una cuarta parte de las madres practican una lactancia prolongada de entre los dos y tres años del niño, lo que puede considerarse una práctica de riesgo en términos de desnutrición si no se le complementa al menor con productos alimentarios propios para la edad.

Por otra parte, en general las madres de la comunidad ofrecen los primeros alimentos a los niños entre los 4 y 6 meses de vida, sobre todo frutas y verduras. Al respecto, el empleo de productos industrializados para “bebés” es de consideración.

Es de destacar que entre las mujeres de Maltrata se atribuye a la carne de pollo o res, únicas permitidas para los niños menores, una patología de designación empírica denominada “empacho pegado” y que cursa con falta de apetito, diarrea y cansancio. Por esta razón dichos productos se incorporan a la dieta del infante tardíamente, aproximadamente a los dos años. En general el niño se integra a la dieta familiar alrededor de los dos años y medio.

Con respecto a las prácticas maternas de alimentación del preescolar, durante procesos patológicos infecciosos, tanto gastrointestinales como respiratorios, que resultaron los de mayor prevalencia entre 2000 y 2005,² en el tratamiento familiar de estas enfermedades las madres de la comunidad restringen algunos alimentos; tal es el caso de leche, huevo, carne y verduras porque son alimentos de “difícil digestión” y “fríos”, atribuciones que impiden la recuperación del niño o complican el cuadro.

Dada la fuerte historia indígena de la localidad, hacen uso de “remedios” caseros asociados con la medicina tradicional que constituyen el tratamiento inicial para la población.

² Ambas enfermedades se asocian a un ambiente de carencias de servicios básicos y además son de las que guardan una fuerte relación con el estado de nutrición, razón de la sinergia desnutrición-infección.

En el caso de los niños menores, consideran que las enfermedades gastrointestinales pueden ser causadas por un excesivo frío o calor y dependiendo de la causa específica se eliminan y prescriben alimentos y bebidas, como infusiones y tés.

Las madres de Maltrata atribuyen las enfermedades gastrointestinales a la falta de higiene en la preparación de los alimentos, pero también a etiologías designadas por la medicina tradicional como “empacho” o “caída de mollera” para los menores de un año, y en estos casos los niños son atendidos por médicos tradicionales. Asimismo, la madre puede ofrecer además preparaciones de suero o bien suero comercial; esta conducta es ejemplo del éxito de campañas masivas para prevenir la deshidratación.

En el caso particular de las enfermedades respiratorias, las madres refieren la disminución del apetito de los niños; recurren a tés endulzados con miel de abeja porque es “caliente” y quita la frialdad del cuerpo del niño; se eliminan el azúcar, los dulces industrializados y los cacahuates porque éstos incrementan la tos. A los niños se les protege de cambios bruscos de temperatura y de ingerir alimentos “fríos”.

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

En la búsqueda de asociaciones socioeconómicas con la alimentación y prácticas alimentarias, inicialmente se sustrajo de la serie de 396 preescolares, pertenecientes a 195 familias, una serie aleatoria, sin reemplazo, de 50 familias, a fin de identificar estratos socioeconómicos en el interior de Maltrata, aunque cabe señalar que sólo 49 familias concluyeron el estudio. Los estratos se establecieron a partir del ingreso mensual en tres rangos: de \$ 1.00 a \$ 1 000.00, de \$ 1 001.00 a \$ 2 000.00 y de \$ 2 001.00 en adelante.

El primer indicador explorado en correlación fue el ingreso y el porcentaje empleado en alimentación. Se encontró lo siguiente: para el porcentaje de ingreso se consideran cuatro rangos: de 21 a 40 %, de 41 a 60 %, de 61 a 80 % y de 81 a 100 % del ingreso destinado para alimentos al mes.

En la asociación de las variables ingreso y porcentaje dedicado a la alimentación se identificó una relación inversa, que si bien no es tan fuerte, sí lo suficiente para definir que a un menor ingreso la proporción de éste destinado para los alimentos es mayor, y que cuando

el ingreso mensual es mayor, el porcentaje de ingreso que se utiliza en los alimentos es menor.

Por otra parte, para el análisis de las variables tiempo de inicio de ablactación y frecuencia de enfermedades gastrointestinales y respiratorias se consideran los rangos de 1 a 4 meses, de 5 a 8 meses y de 9 meses en adelante. Para la morbilidad, los rangos fueron de 1 a 2 veces por año, de 3 a 4 veces por año y de más de 4 veces por año.

Primeramente se buscó conocer asociación entre el ingreso y la frecuencia de las enfermedades señaladas, y al respecto, en general, el ingreso y la frecuencia de enfermedades respiratorias y gastrointestinales no tuvieron relación como variables. En el caso de la frecuencia de enfermedades respiratorias de 1 a 2 veces por año y de 3 a 4 veces al año, oscilan entre 40 y 43 % de las muestras por estrato.

En segundo lugar, para las patologías gastrointestinales la frecuencia de enfermedades de 1 a 2 veces por año corresponde a 60 % aproximadamente y se presenta en los tres rangos de ingreso. Una frecuencia de enfermedades de 3 a 4 veces por año corresponde a 30 % en los tres rangos, y por último, cuando la frecuencia de enfermedades es de 4 a más veces por año, la frecuencia afecta alrededor de 2 % de los menores en los tres estratos. En general este comportamiento definió que no existe relación o tendencia para estas variables. Específicamente sobre prácticas maternas –la lactancia y ablactación– se identificó que la lactancia materna rebasa 95 % de la serie en general, por lo que resultaba innecesario observar su comportamiento en el interior de los estratos, dada su amplia difusión. En el caso de la ablactación, se presentan los siguientes resultados.

La figura 8 muestra, para el rango de \$ 1.00 a \$ 1 000.00, que cuando el inicio de ablactación es entre 1 y 4 meses, hay 7 niños (30.43 %) que enferman de 1 a 2 veces al año, y 3 niños (13.04 %) de 3 a 4 veces. Cuando la ablactación se da entre los 5 y 8 meses, los niños enferman con mayor frecuencia, alcanzando 43.48 % de 3 veces al año en adelante. Para el inicio de ablactación de 9 meses en adelante, hay dos niños que enferman de 3 a 4 veces al año y uno 4 a más veces por año.

La figura 9 muestra que lo más significativo entre ablactación y morbilidad para el rango \$ 1 001.00 a \$ 2 000.00 es cuando aquella inicia antes de los 4 meses: casi la mitad de los menores (45.45 %) enferman de 1 a 2 veces al año por causas gastrointestinales. Si el inicio de ablactación se da entre los 5 y 8 meses, la frecuencia de la patología

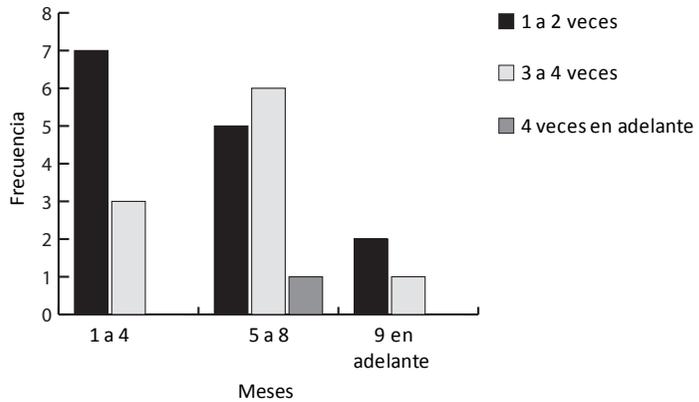


Figura 8. Inicio de ablactación/frecuencia de enfermedades gastrointestinales.
Ingreso de \$ 1.00 a \$ 1 000.00.

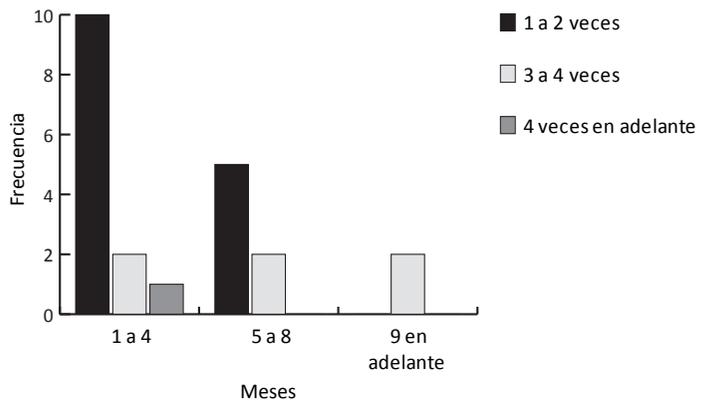


Figura 9. Inicio de ablactación/frecuencia de enfermedades gastrointestinales.
Ingreso de \$ 1 001.00 a \$ 2 000.00.

referida es considerablemente menor: cinco niños (22.73 %) enferman de 1 a 2 veces por año y sólo dos (9.09 %) de 3 a 4 veces. Finalmente, si la ablactación inicia de 9 meses en adelante, sólo hay dos niños que enferman 3 a 4 veces por año.

Para el estrato \$ 2 001.00 en adelante, la figura 10 muestra la frecuencia de enfermedades respiratorias más significativas asociadas con la ablactación; ésta se da cuando los menores reciben otros alimentos entre los 5 y 8 meses (75 %). Cabe aclarar que para cuando la ablactación inicia de 9 meses en adelante, no hay datos.

De acuerdo con los datos representados en los dos primeros estratos, la ablactación temprana (1-4 meses) marcó la tendencia mayor para que los niños enfermaran de patología gastrointestinal, aunque en el rango bajo, es decir, entre 1 y 2 veces por año. Cabe destacar que cuando el inicio de la ablactación supera los 9 meses la frecuencia de enfermedades gastrointestinales es relativamente baja en todos los estratos.

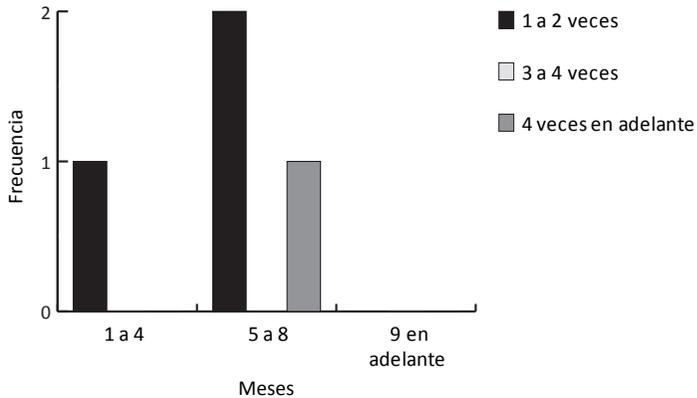


Figura 10. Inicio de ablactación/frecuencia de enfermedades gastrointestinales.
Ingreso de \$ 2 001.00 en adelante.

Dado que la escolaridad materna tiene fuertes implicaciones en los cuidados de la familia y particularmente de los menores, se consideró importante identificar alguna asociación entre este nivel y el tipo de lactancia. En esta búsqueda se encontró que no existe relación ya que del total de la submuestra, 39 niños recibieron lactancia materna y la escolaridad de la madre va desde analfabeta hasta universidad; en 32 casos, tienen escolaridad de secundaria a analfabeta, siendo mayor la concentración en primaria y primaria incompleta, con 24; este dato confirma lo identificado a través de los indicadores socioeconómicos de la comunidad, donde las mujeres, en general, no concluyen la educación básica. El comportamiento casi similar entre los estratos con respecto a la lactancia se presenta en las figuras 11, 12 y 13.

Del análisis realizado cabe destacar que en los casos de lactancia mixta y artificial, cuatro se ubicaron en el estrato bajo (hasta \$ 1 000.00) y 6 en el medio (hasta \$ 2 000.00), lo que sugiere que una situación distinta a la económica es la que define el tipo de lactancia del niño.

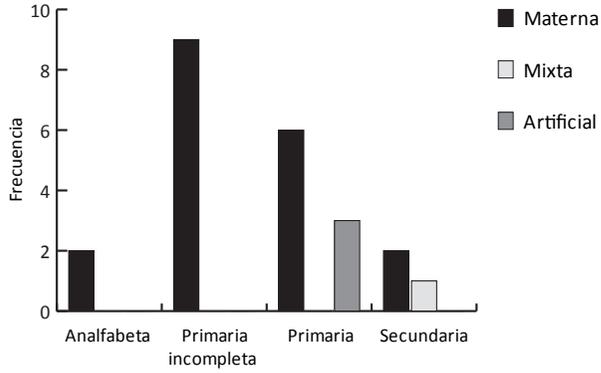


Figura 11. Tipo de lactancia-escolaridad materna. Ingreso de \$1.00 a \$1 000.00.

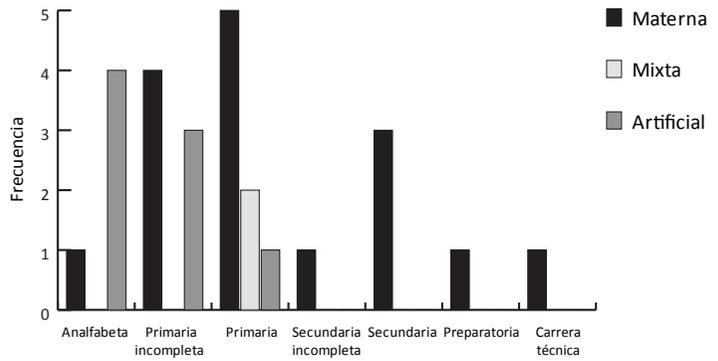


Figura 12. Tipo de lactancia-escolaridad materna. Ingreso de \$1 001.00 a \$2 000.00.

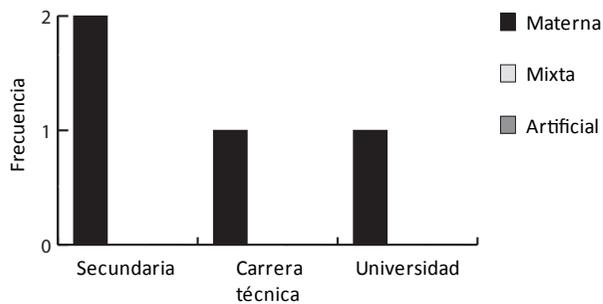


Figura 13. Tipo de lactancia-escolaridad materna. Ingreso de \$2 001.00 en adelante.

Para complementar esta información se buscó la asociación entre el tiempo de lactancia, en tres intervalos (0-10 meses, 11-20 meses y 21 meses en adelante), la escolaridad materna e inicio de ablactación, y a través de la prueba ji cuadrada se estableció que no existía correlación, dándose un panorama uniforme donde aproximadamente la mitad de las madres de los tres estratos ofrecieron los primeros alimentos distintos a la leche al menor, previo o durante los primeros 4 meses de vida. Así, puede decirse que el patrón de lactancia y ablactación observado en Maltrata obedece a determinantes de tipo cultural, establecidos por tradiciones familiares, más que de carácter económico.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Cabe destacar que, por la experiencia vivida durante la presente investigación, en la identificación de problemas específicos relativos a la alimentación y la nutrición hay que dar relevancia a la red social, a la autoatención y a la identificación de las enfermedades reconocidas por el sistema tradicional del cuidado a la salud.

El contacto personal, especialmente durante las visitas a los hogares, proporcionó observaciones cotidianas de las prácticas familiares, incluidos los patrones alimentarios, el almacenamiento de alimentos y otros que influyen en la condición nutricional; pero además esta comunicación permitió ofrecerles la posibilidad de confiar en la capacidad que poseen de tomar decisiones que ayuden al mejoramiento de la nutrición de la población, a partir de hacerlos partícipes de la identificación de los problemas, de su análisis y de emitir vías de solución, y en el caso específico de la desnutrición y el sobrepeso, al ser patología multicausal, es imposible una solución generalizada y en las estrategias para resolverlos deberá estar presente la participación completa y activa de las familias.

De los resultados obtenidos, desde la perspectiva antropométrica puede señalarse que la desnutrición bajo los indicadores estudiados no marca de forma significativa a la población preescolar de Maltrata. Por otra parte, el sobrepeso está ya presente en aproximadamente 15 % de la población, por lo que es necesario establecer un programa encaminado a la prevención temprana de la obesidad, dado que los antecedentes epidemiológicos de la comunidad manifiestan altas tasas de mortalidad y morbilidad por diabetes mellitus, patología de fuerte asociación con la obesidad.

Considerando la disponibilidad alimentaria, es de destacar que, aunque Maltrata es una comunidad semiurbana por su población, el hecho de que aún practiquen la agricultura y tengan a su alcance productos como maíz, frijol y hortalizas permite que durante el periodo de lluvias la dieta de la familia y, por supuesto, de los preescolares se vea sustancialmente enriquecida en cantidad y calidad.

Dada la importancia de la lactancia y ablactación en la historia nutricional del preescolar, en Maltrata la lactancia materna está asegurada tanto por cuestiones culturales como económicas y en menor escala por conocimientos “científicos” sobre sus bondades nutricionales y afectivas. De esta manera, la lactancia materna es, por fortuna, la elección prácticamente generalizada para alimentar al recién nacido, asegurando con ello nutrición, protección y desarrollo psicosocial del niño. Es importante subrayar que prácticas como la lactancia y la ablactación obedecen a patrones tradicionales, más allá de factores de tipo económico o educativo.

En relación con la ablactación, la incorporación de alimentos distintos a la leche aparece en un periodo temprano (1-4 meses), lo cual representa cierto riesgo para padecer ciertas enfermedades; esto se evidenció en el análisis micro con la subserie de 49 familias.

Por otra parte, la incorporación tardía de alimentos ricos en proteínas de alto valor biológico, como los distintos tipos de carne, por factores de carácter cultural, impide que el niño cubra necesidades proteicas propias de su edad, impactando con ello los procesos de crecimiento y desarrollo, así como la integridad de la respuesta inmune.

Las prescripciones alimentarias que siguen las madres de Maltrata durante procesos infecciosos obedece en gran medida a la dicotomía frío-caliente, de origen prehispánico, y que concibe a la enfermedad como la manifestación corporal de la pérdida del equilibrio. A menudo los alimentos que se eliminan de la dieta, como la carne, constituyen alimentos de alto valor biológico que poseen la capacidad de mejorar la respuesta inmune, favorecer la reparación tisular y por lo tanto acortar el tiempo de recuperación del niño.

Finalmente, desde el punto de vista metodológico, realizar un estudio en el que confluyeran indicadores indirectos del estado de nutrición, aspectos socioeconómicos, etnográficos y de salud desde una visión macro (396 preescolares) y una perspectiva micro (49 familias) permitió acercarse a la alimentación, la nutrición y la salud comunita-

ria para obtener resultados confiables a nivel regional y donde se pudo comprobar que el qué comer, cómo, cuánto y por qué, no obedece a aspectos meramente económicos sino, para el caso particular de Maltrata, Veracruz, de fuerte asociación cultural.

REFERENCIAS

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ

- 1999 *Enciclopedia municipal Maltrata*, Gobierno del Estado de Veracruz, Xalapa.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI)

- 2000 *Censo General de Población y Vivienda. Estado de Veracruz. Resultados definitivos*, Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática, Aguascalientes.

LARIOS, SOFÍA

- 2001 “Etnografía de Maltrata, Veracruz”, *Informe del proyecto Del Altépetl a la urbe. Tres milenios de sociedad y cultura en la región de Orizaba*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

MONSALVE VARGAS, TIMISAY

- 2002 *Evaluación del crecimiento y estado de nutrición en los escolares de Maltrata, Veracruz*, tesis, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

SECRETARÍA DE SALUD

- 2005 “Maltrata. Datos epidemiológicos. Jurisdicción sanitaria No. VII”, Secretaría de Salud, Orizaba.

DIAGNÓSTICO DE NUTRICIÓN DE LA COMUNIDAD INDÍGENA DE SAN FRANCISCO NECOXTLA, VERACRUZ

Eduardo Plascencia Mendoza
Universidad del Claustro de Sor Juana

INTRODUCCIÓN

El estado de nutrición de una persona o de un grupo en particular obedece a una combinación de factores externos e internos a ellos. Dichos factores son de dos órdenes: biológicos y sociales (Contreras 1993).

Los factores biológicos son aquellos inherentes al individuo, es decir, su composición corporal, que varía de uno a otro sujeto. Agentes como el consumo diario de alimentos, la ingesta de nutrimentos, el peso, la talla y estos últimos expresados en el índice de masa corporal (IMC), son representantes de lo biológico. Combinados con los factores sociales, como la distribución de alimentos, las condiciones sociodemográficas o socioeconómicas, dan cuenta del estado físico de una población (Contreras 1995).

La información que a continuación se presenta es resultado del trabajo de campo que se llevó a cabo entre diciembre de 2004 y enero de 2005, cuya ruta metodológica incluyó una muestra de 50 familias originarias de San Francisco Necoxtla, elegidas aleatoriamente. La recabación de datos se conformó por la aplicación al azar de encuestas, y recolección y análisis de los datos del centro de salud local. El propósito fue describir el proceso alimentación-nutrición de la población nahua de Necoxtla, Veracruz. Estos datos consideran la composición familiar, la producción y el ciclo agrícola de la localidad, la tenencia de la tierra, las técnicas de cultivo que prevalecen en esta región y la cría de animales.

ALGUNOS RASGOS SOCIODEMOGRÁFICOS

San Francisco Necoxtla es una localidad perteneciente al municipio veracruzano de Camerino Z. Mendoza; el topónimo Necoxtla deriva de *Nacoxoc* término náhuatl que puede traducirse como “oreja de olla”; también, *Nacoch-tlán*, “lugar de orejeras” o bien, *Nacoxtlán*, “lugar de orejas”. Con fundamento en la tradición oral se ha propuesto el significado de este nombre como: “lugar fundado por el indio Nacoxoc”, en donde el personaje principal se entendería como “el señor de la olla” o “el oreja de olla” (Blanco 1986).

Los resultados del censo de población del año 2000 señalan que el municipio de Camerino Z. Mendoza cuenta con 39 192 habitantes: 18 505 hombres y 20 687 mujeres. Necoxtla, que es la segunda localidad más importante en el municipio, tiene 2 290 habitantes (6.1 % de la población total) de los cuales 1 186 son hombres y 1 104, mujeres. Existe un total de 413 viviendas, dando un promedio de 5.5 habitantes en cada casa (INEG 2000).

Localizado a 2 080 msnm, a 18° 46’ latitud norte y 97° 09’ longitud oeste, San Francisco Necoxtla es uno de los pueblos más altos del estado de Veracruz. Esta región es considerada como pastizal con un clima templado húmedo con abundantes lluvias en verano y temperatura promedio de 17.4 °C. El deficiente abastecimiento de agua por manantial, sumado a los factores ecológicos anteriores, genera múltiples obstáculos para el desarrollo de la agricultura formal, incidiendo sustancialmente en la calidad de vida de la población. En el cuadro 1 se revelan algunos de los datos oficiales registrados por el censo realizado por el entonces Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI 2000).

Dicho cuadro da testimonio del difícil contexto para llevar a cabo una investigación de campo que es necesaria para una mejor comprensión de las condiciones de vida reales –y no sólo estadísticas– de un pueblo indígena de nuestra República, que por mucho tiempo se mantuvo marginado.

En este texto se presentan los cuadros que concentran los datos obtenidos en esta investigación. La información puede ser utilizada para precisar los datos registrados en los cuadernillos oficiales publicados por el INEGI cada cinco o diez años, en los conteos o en el censo nacional, ya que los ahora disponibles sólo reflejan de manera limitada la realidad actual de esta localidad.

Cuadro 1. Condiciones sociodemográficas de San Francisco Necoxtla, Veracruz

Población total	2 290
Hombres	1 186
Mujeres	1 104
Monolingües	35.4 %
Analfabetismo	74.9 %
Vivienda piso de tierra	98.6 %
Vivienda sin agua corriente	38.9 %
Vivienda sin drenaje	99.5 %
Vivienda sin energía eléctrica	36.4 %

Fuente: INEGI 2000.

TENENCIA DE LA TIERRA Y EXTENSIÓN AGRÍCOLA

Como se mencionó en el punto anterior, los habitantes de la comunidad tienen la actividad agrícola como secundaria. Poseen un terreno o solar para el desarrollo agrícola que es totalmente de propiedad privada, es decir, en el caso de los 32 habitantes que poseen un predio, el 100 % lo tiene registrado a su nombre. El accidentado y montañoso terreno de la comunidad no permite que la superficie agrícola sea extensa; esto, sumado a las difíciles condiciones económicas que imperan en la región, hacen que el área que los necoxtlecos poseen sea tan reducida que apenas si se puede advertir la diferencia entre el terreno de la vivienda y el lugar en donde los productos son sembrados; esto refleja uno de los obstáculos que los habitantes tienen que sortear para poder sobrevivir en tan difíciles condiciones.

Producción agrícola

Contrario a lo que podría pensarse de una comunidad indígena común, los datos referentes a la producción agrícola en esta región demuestran que ésta es una actividad secundaria y que queda relegada a una labor

con fines de autoconsumo. Lo anterior se debe a lo accidentado del terreno, las condiciones climáticas y los avatares sociales, haciendo que los beneficios de esta tarea sean escasos o, como en la mayoría de las ocasiones, nulos. A pesar de las limitaciones descritas, los productos sembrados son variados, ya que en un terreno pequeño, los hombres y mujeres necoxtlecos libran obstáculos físicos y económicos para obtener ínfimos resultados al final del año agrícola y mantener la tradición indígena de la agricultura.

Por lo que se refiere a los datos obtenidos por las encuestas, 64 % de la población dedica parte de su tiempo a la siembra de algún producto agrícola, reforzando así lo dicho en el párrafo anterior. En lo que concierne a los tipos de cultivo, se produce maíz (maíz tierno y mazorca), frijol, calabaza, chícharo, haba, chayote, jitomate, acelga.

El ciclo agrícola

Los sembradíos son totalmente de temporal, elemento que se agrega a la larga lista de obstáculos que impiden el buen desarrollo de las tareas agrícolas. En el caso de los encuestados que poseían algún cultivo, se comentó la existencia de dos periodos definidos de siembra y cosecha, que se presentan en el cuadro 2 con los respectivos productos:

Cuadro 2. Temporadas de siembra y cosecha

Temporada		Actividad	Producto
Primera	Abril o mayo	Siembra	Maíz
	Noviembre o diciembre	Cosecha	Frijol Calabaza
Segunda		Siembra	Chícharo Haba
	Abril o mayo	Cosecha	Chayote

Fuente: Trabajo de campo 2004-2005.

Se ha advertido que la agricultura es considerada una actividad secundaria y que los escasos productos resultantes de esta labor son para el aprovechamiento familiar. Así, los involucrados durante los procesos

de siembra, mantenimiento de los cultivos y cosecha de las dos temporadas son siempre los miembros de la familia.

En el cuadro 3 aparecen, por orden de importancia, los productos agrícolas de la comunidad.

Cuadro 3. Tipos de cultivo y hortalizas

Cultivo por orden de importancia
Maíz
Frijol
Calabaza
Chícharo
Haba

Fuente: Trabajo de campo 2004-2005.

Esto es muy sencillo de comprender, ya que con el antecedente de que la superficie de trabajo es mínima, la división de actividades para las jornadas agrícolas son fáciles de identificar y definir, haciendo de esto un proceso que mantiene las ancestrales tradiciones indígenas y que permite a los habitantes no olvidar la conexión existente entre la naturaleza y el hombre.

Así, en el momento de la siembra, todos los integrantes de la familia toman dos o tres jornadas para limpiar y preparar el terreno además de depositar las semillas que han de cuidarse; gracias a esto, la actividad primaria (silvicultura) no es desatendida y todos asumen, a través de esta actividad, un compromiso silencioso con la tierra y sus productos.

Comúnmente las mujeres, ya sea hijas o madre e incluso las integrantes más pequeñas de las familias, son quienes llevan a costas el trabajo de cuidado del terreno durante los seis o siete meses en que el producto lucha contra las adversidades del clima y las difíciles condiciones del terreno para crecer y brindar, finalmente, un ínfimo apoyo a la tan malograda economía familiar.

Cuando llega el periodo de cosecha, la familia en su totalidad nuevamente se reúne para recoger los escasos frutos de la tierra, aprovechando dos jornadas completas en el agradecimiento indígena a la *madre tierra* y que, materializado en preparaciones ancestrales o simples

tortillas hechas a mano, se demuestre el cariño por lo obtenido tras meses de arduo trabajo.

De esta forma se puede comprender las maneras en que el necoxtleco ve el mundo agrícola; siempre presente en el carácter del hombre y mujer de esta región, el respeto por lo escaso de la cosecha, además del orgullo que le provoca continuar con la tradición que sus antepasados les fueron legando, la visión del habitante de San Francisco Necoxtla se va manifestando entre lluvia, niebla y frío; entre café de olla y tezmole de pollo; entre pobreza y abandono; entre aislamiento y esperanza.

Las técnicas de cultivo

En la encuesta se consideró un gran número de variables que pudieran modificar la actividad agrícola del habitante de San Francisco Necoxtla: factores como el abono o fertilizante químico o el empleo de yuntas o tractores son de real importancia para entender las condiciones de vida que se manifiestan día a día en la comunidad.

Con el cuadro 4 podemos comprobar el predominio de las técnicas tradicionales sobre alguna forma de tecnología moderna; esto se debe en gran medida a la conservación de los valores indígenas, como ya se ha dicho, pero también a que las condiciones físicas y económicas del lugar no permiten que la agricultura predomine sobre las actividades asociadas a la silvicultura.

Cuadro 4. Principales técnicas de cultivo y porcentaje de uso

Técnica	Porcentaje
Azadón	100 %
Yunta	3.13 %
Abono orgánico	68.75 %
Fertilizantes químicos	31.25 %
Control manual de maleza	100 %

Fuente: Trabajo de campo 2004-2005.

En la comunidad no existe otra forma de entender el terreno agrícola más que para la obtención de productos de autoconsumo. Como también hemos observado en puntos anteriores, en la congregación no todos cuentan con una amplia superficie destinada a este fin, pues sólo poseen un diminuto solar.

La existencia de árboles frutales, que en su mayoría se encuentran rodeando la vivienda o en una parte correspondiente al solar, son un recurso alimentario que diversifica la dieta. En el cuadro 5 se muestran los predominantes en la comunidad.

Cuadro 5. Tipos de árboles frutales en orden de importancia

Árbol frutal
Ciruelo
Durazno
Peral
Aguacate

Fuente: Trabajo de campo 2004-2005.

Productos de recolección

La comunidad de San Francisco Necoxtla está ubicada a 2 060 msnm, esto hace que las condiciones climáticas sean muy diferentes a las de la vecina Ciudad Mendoza; al tener un suelo montañoso y un clima húmedo, los campos son cubiertos por distintas hierbas y hongos que son recolectados, sobre todo, por las sabias manos de las mujeres necoxtlecas, que sumadas a los escasos productos obtenidos en sus superficies de cultivo, aportan a la mesa familiar una variante a su monótona dieta.

Dentro de estas variantes se encuentran hierbas como el epazote, que sirve para aromatizar el caldo de los frijoles o algún otro guiso; asimismo, los quelites se convierten en un platillo solicitado por los estómagos locales, ya que son una manera de acompañar los típicos tacos de frijoles o para la elaboración de quesadillas o *picadas*.¹

¹ Tortilla más gruesa de lo normal a la que, después de haber sido cocida, se le coloca alguna salsa u otros ingredientes, como los quelites; se dora y se le añade queso o crema.

Por último, es conveniente destacar los diferentes tipos de hongos que se desarrollan a lo largo del paraje montañoso, sobre todo en temporadas de lluvias; estas especies ya casi desaparecen, algunas por negligencia y desentendimiento de los aserraderos por el cuidado de la naturaleza, otras porque las personas deciden no ir a buscarlos a causa de la complejidad de su recolección; pero cuando se recolectan, las mujeres se dedican arduamente a sazónarlos o añadirlos a guisos que incrementan la poca variedad de alimentos que se presentan en las mesas de la comunidad.

CRÍA DE ANIMALES

La crianza de ganado mayor y menor es otra forma de sustento para los habitantes de la comunidad. No se puede considerar dicha actividad como ganadería, ya que el escaso número de animales, sumado al clima poco favorecedor, hacen de ella una manera poco redituable para sustentar la economía familiar. El cuadro 6 muestra la posesión de los animales.

Cuadro 6. Cría de animales por orden de importancia

Tipo de animal
Borrego
Pollo
Gallina
Cerdo
Caballo
Burro

Fuente: Trabajo de campo 2004-2005.

De manera similar a lo observado en el cuidado del terreno agrícola, el trabajo para mantener sanos y productivos a los animales existentes es una labor femenina, ya que son las mujeres del hogar quienes se encargan de que todos los animales, sea ganado mayor o menor, puedan subsistir en el demandante y extremo clima necoxtleco.

RESULTADOS: CONSUMO DE ALIMENTOS

Esta encuesta permitió obtener resultados que se presentan en el cuadro 7. En cada producto se indica el porcentaje de personas que manifestaron el consumo de dicho alimento con determinada frecuencia; por ejemplo, en el primer caso, la tortilla cuenta con un 100 % en la columna de consumo diario, ya que los 50 encuestados contestaron que consumían este derivado del maíz diariamente.

Cuadro 7. Frecuencia de consumo por grupos de alimentos

Alimento	Diario	2-3 veces semana	1 vez semana	1 vez quincena	1 vez mes
Maíz y derivados					
Tortilla	100 %				
Trigo y derivados					
Pan dulce	8 %	22 %	32 %	12 %	6 %
Pan de caja	10 %	32 %	38 %	12 %	6 %
Sopa de pasta		36 %	24 %	24 %	10 %
Leguminosas					
Frijol	56 %	42 %	2 %		
Haba seca	2 %	4 %	14 %	14 %	12 %
Raíces feculentas					
Papa		6 %	44 %	28 %	18 %
Verduras de hojas verdes					
Cilantro	4 %	40 %	24 %	20 %	8 %
Epazote	6 %		38 %	20 %	4 %
Verduras mixtas					
Chilacayote			30 %	4 %	20 %
Calabaza		20 %	16 %	14 %	10 %
Jitomate	48 %	28 %	14 %	6 %	
Tomate	50 %	28 %	14 %	6 %	2 %
Chile verde	48 %	26 %	14 %	8 %	
Chile seco	46 %	28 %	12 %	8 %	
Cebolla	60 %	16 %	14 %	4 %	

Alimento	Diario	2-3 veces semana	1 vez semana	1 vez quincena	1 vez mes
Frutas					
Manzana	2 %	10 %	28 %	34 %	22 %
Plátano	2 %	10 %	24 %	36 %	20 %
Naranja	2 %	10 %	28 %	32 %	16 %
Guayaba	2 %	4 %	10 %	6 %	2 %
Carnes					
Pollo	2 %	12 %	22 %	38 %	24 %
Huevo	4 %	30 %	44 %	10 %	4 %
Azúcar y mieles					
Azúcar morena	96 %	2 %			
Grasas y oleaginosos					
Aceite vegetal	76 %	22 %			
Manteca	4 %	20 %	4 %	2 %	2 %
Productos industriales					
Panes, pastelillos	2 %	6 %	24 %	6 %	4 %
Refresco	10 %	16 %	32 %	18 %	2 %
Café	96 %	2 %			

Fuente: Trabajo de campo 2004-2005.

Como queda evidenciado, la ingesta calórica diaria está basada en el alto consumo del maíz, ya sea en forma de tortilla y sus variantes o incorporado a una bebida o guiso particular. El consumo de ocho a diez piezas de tortilla por tiempo de comida (desayuno, comida o cena) es la principal fuente de energía. Para ahondar, se debe decir que el menú diario está acompañado por un escueto plato de frijoles y una cucharada de salsa *molcajeteada*. Dos o tres veces por semana a la mesa se incorpora una sencilla y recocida pieza de pollo que complementa el *tesmole* consumido en las frías tardes, al lado del fogón y en compañía de la familia, tras haber vivido extenuantes jornadas de trabajo que se reflejan en los rostros y manos de los laboriosos integrantes de esta comunidad.

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE NUTRICIÓN

Las gráficas son resultado de los datos obtenidos en el centro de salud local; en la figura 1 se diferencian los distintos grupos de la clasificación del índice de masa corporal (IMC) en mujeres.

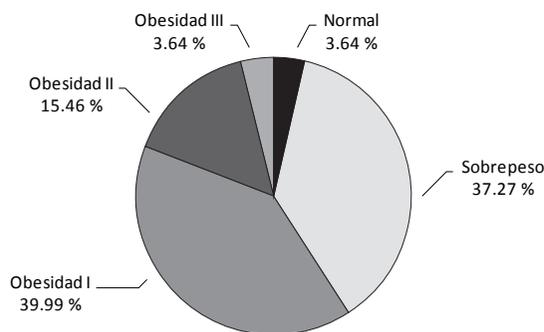


Figura 1. Resultado de IMC en mujeres.

Fuente: Trabajo de campo 2004-2005.

Sobresalen los resultados de la obesidad tipo I y tipo II para el sexo femenino, ya que la mayoría de las mujeres cuentan con una estatura ligeramente por debajo del promedio; además su actividad física ha disminuido considerablemente por la reciente construcción de la carretera y la existencia de medios de transporte más accesibles, inscribiendo a la comunidad en el progreso común a las demás poblaciones. Sumado a ello, los procesos hormonales propios de la mujer, así como el alto riesgo de encontrarse, en esta clasificación, con un promedio de cinco hijos por individuo en un contexto socioeconómico adverso, convierte a la obesidad tipo II en una de las mayores preocupaciones locales, que podrían derivar en enfermedades como hipertensión o algún padecimiento renal o hepático, lo que coloca a esta población en un riesgo de salud pública.

El caso de los hombres (figura 2), no es tan diferente, también la obesidad tipo I cuenta con un número considerablemente alto; la diferencia con respecto a las mujeres radica en que el porcentaje de individuos con sobrepeso es más elevado. Esto tiene una explicación muy lógica: los hombres están sometidos a una actividad física más demandante que las mujeres, ya que son los encargados de la tala de árboles, elaboración de carbón y manufactura de muebles; ocupaciones cuyo requerimiento

calórico es tan alto que, a pesar de la ingesta diaria, el desgaste físico les permite mantenerse relativamente más sanos. Sin embargo, los problemas masculinos no están tan alejados de los femeninos, ya que también pueden sufrir de enfermedades ocasionadas por el sobrepeso.

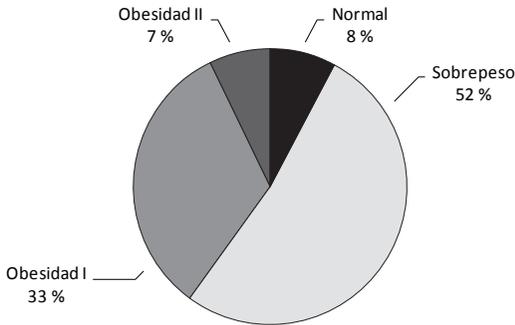


Figura 2. Resultado de IMC en hombres.

Fuente: Trabajo de campo 2004-2005.

Así, es de destacarse que en la mayoría de los casos, los hombres y mujeres que fueron sometidos a esta evaluación antropométrica, presentaron sobrepeso u obesidad tipo I. Al constatar esto nos damos cuenta que la comunidad está en un alto riesgo de sufrir enfermedades producidas por la obesidad. Es por ello que, una vez erradicada la desnutrición, los programas gubernamentales deben tomar un nuevo enfoque al combatir el exceso de peso que padece la comunidad.

CONCLUSIONES

Sólo cuando nos damos cuenta de que la alimentación es tan castigada y tan escaso lo consumido diariamente, tan repetitivo y tan limitado al maíz; sólo cuando observamos los ojos de las madres de Necoxtla, con su andar diario, su permanente cuidado del fogón y su preocupación por los muchos hijos; sólo cuando sabemos que el IMC no miente al decirnos que la población presenta sobrepeso, pero sin explicarnos cómo lo obtienen; sólo cuando entendemos que su obesidad no es producto del exceso de alimentación, sino de un notable desequilibrio alimenticio del cual los pobladores, ya sea por falta de recursos o por

costumbre, no pueden escapar; sólo entonces comprendemos cual es el verdadero estado de nutrición de este pueblo en una realidad adversa.

Pero el problema de la comunidad no se detiene ahí, ya que tanto la población infantil como la adulta están sufriendo las consecuencias del progreso. La actual construcción de una carretera que atraviesa la comunidad entera hace que las comunicaciones así como el intercambio cultural sean más rápidos y fluidos, lo que ocasiona que la vida comunitaria se transforme, las ideas y las tradiciones se modifiquen en un tiempo tan corto que prácticamente nadie escapa a ese cambio, con incidencias infortunadamente negativas.

REFERENCIAS

BLANCO BALDERAS, ARMANDO

1986 *Necoxtla: un pueblo donde pervive el orgullo mexicana*, Universidad Veracruzana, Xalapa.

CONTRERAS, JESÚS

1993 *Antropología de la alimentación*, Eudema, Madrid.

1995 *Alimentación y cultura, necesidades usos y costumbres*, Universidad de Barcelona, Barcelona.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI)

1996 Camerino Z. Mendoza, *Cuaderno Estadístico Municipal*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Aguascalientes.

2000 Camerino Z. Mendoza, *Cuaderno Estadístico Municipal*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Aguascalientes.

ALIMENTOS Y ALIMENTACIÓN EN IXHUATLANCILLO, VERACRUZ

Daniela Orta Duarte

Universidad del Claustro de Sor Juana

INTRODUCCIÓN

En la evolución humana, la preparación de alimentos marcó el camino de la actividad cultural del hombre durante milenios y aún hasta nuestros días. Podemos decir que una consecuencia trascendental de la actividad culinaria es su contribución al cambio cualitativo del ancestro homínido del hombre moderno (Cordón 1980).

En cada continente, el hombre nómada pasó a sedentario gracias a la agricultura. En el caso de América su grano por excelencia fue y sigue siendo el maíz (Flores y Escalante 1994).

La alimentación no sólo marca históricamente al hombre, también da pauta para analizar cuestiones económicas, sociales y culturales de cada región. En este trabajo se aborda el tema alimentario en la comunidad nahua de Ixhuatlancillo, en la región de Orizaba, Veracruz.

A continuación se presentan los resultados obtenidos durante el trabajo de campo realizado entre diciembre del 2004 y marzo del 2005. Consideramos tres apartados: antecedentes históricos y algunos datos sociodemográficos, panorama etnográfico y la alimentación en Ixhuatlancillo. Para este último apartado, la metodología seguida se tomó de la antropología nutricional y de la etnografía de la alimentación. Se entrevistaron 50 familias mediante técnicas cuantitativas: aplicación de encuestas y cualitativas, entrevistas a profundidad y observación participante, con el propósito de conocer algunos aspectos importantes de la cultura relacionados con el proceso de alimentación en esta comunidad nahua.

IXHUATLANCILLO, VERACRUZ

Antecedentes históricos

El territorio que ocupa Ixhuatlancillo, tiene una superficie de 39.48 km², lo que representa un 0.0005 % del total del estado de Veracruz, y posee una altitud de 1 420 m sobre el nivel del mar. Está situado en la zona central del estado, colinda al norte con el municipio de La Perla, al sur con Nogales y Orizaba, al este con Mariano Escobedo y Orizaba y al oeste con Maltrata. La cabecera municipal de Ixhuatlancillo está a 15 km del centro de Orizaba. Su topónimo es el diminutivo de Ixhuatlán, que significa “Lugar de las hojas verdes de maíz”.

Los ixhuatecos, por su dialecto, según el lingüista Andrés Hasler, tienen vínculos con los tlaxcaltecas. Al respecto, una crónica de Tlaxcala estudiada por García Márquez demuestra que partieron hacia Veracruz donde fundaron diversos poblados. En el caso de Ixhuatlán, debió ser después de 1184 (García Márquez 2003).

En 1519 los españoles desembarcaron en las costas de lo que actualmente es Veracruz. Al principio éstos no hicieron demasiado por cambiar el asentamiento de los indígenas pero, conforme eran repartidas las tierras y los macehuales, la situación de los pueblos se modificó. Ixhuatlán siguió ubicado en la parte norte del valle de Orizaba en la zona de Escamela, hasta que sus pobladores fueron distribuidos en encomiendas.¹

Entonces fue que empezaron los maltratos hasta que el pueblo emigró en masa hacia Tescmelaca, lugar situado en las serranías del valle que se extiende desde el volcán Tequila hasta las faldas del Tepostetl, a lo que llamaron Ixhuatlancillo, como actualmente se conoce. Posteriormente parte de los pobladores volvieron a Ixhuatlán obedeciendo las órdenes de sus nuevos gobernantes que encontraron conveniencia en traerlos, no sólo por las demandas de los encomenderos sino para cristianizarlos y tener mejor control (Pérez Camacho 2000).

¹ La encomienda en América era una institución de contenidos distintos según tiempos y lugares, por la cual se asignaba a una persona un grupo de indios para que se aprovechara de su trabajo o de una tributación tasada por la autoridad, y siempre con la obligación, por parte del encomendero, de procurar y costear la instrucción cristiana.

En 1531 se les dio a los indios el título de pueblo, el cual perdieron debido a una segunda migración masiva que se produjo en 1545 por causa de una epidemia muy fuerte. La población indígena fue obligada a regresar por orden del gobierno virreinal y en 1552 se establecieron por segunda vez en Ixhuatlán y fueron reconocidos como hijos de Orizaba, pero fue hasta 1553 que obtuvieron la autorización para formar gobierno con sus propias autoridades.

Los indios en este punto aún estaban establecidos en la parte central de Orizaba, mientras que durante años, los dos cabildos, tanto el español como el indígena, peleaban por el territorio ante la corona. En el periodo de 1764 a 1821, con la creación de la Fábrica Real de Tabaco y teniendo como sede Orizaba, la población criolla aumentó (García Márquez 1999).

Es en este último periodo cuando se considera que el Pueblo de Indios de Orizaba fue reducido al barrio indígena de Ixhuatlancillo del Monte, el cual, sin dejar de tener sus propias autoridades continuó luchando por su independencia frente a la villa de Orizaba, hasta que en una fecha indeterminada obtuvo su categoría de municipio con el nombre de Ixhuatlancillo, como se le conoce ahora (García Márquez 1999).

A partir de esta época, la mayor parte de la población indígena se ha concentrado en la cabecera municipal y pese a que persisten algunas disputas con respecto a los límites territoriales del municipio, se puede identificar a Ixhuatlancillo con precisión.

PANORAMA ETNOGRÁFICO

En las últimas décadas ha habido un cambio en el patrón económico donde la actividad principal era la agricultura, pasó de 96 % en 1950 a 7 % en el año 2000, impactó por obvias razones la disponibilidad local de alimentos producidos en el municipio (cuadro 1).

Conforme la tabla comparativa, el censo realizado en el año 2000 muestra que solamente 7.6 % de la población económicamente activa pertenece a la categoría de jornaleros y peones, la cual es utilizada para designar las labores del campo. Hoy en día las ocupaciones que predominan son las de empleados, obreros y trabajadores independientes, es decir, comerciantes.

En relación con las actividades económicas, además se debe considerar el gran aumento de población que ha ocurrido en Ixhuatlancillo,

así como el cambio en la estructura demográfica producida por la edificación de las unidades habitacionales El Cristo, Los Olivos I, Los Olivos II y la migración en terrenos aledaños a la cabecera. El otorgamiento de créditos para casa-habitación a empleados y obreros sindicalizados de Orizaba explica este incremento.

Cuadro 1. Comparación de actividades económicas del municipio de Ixhuatlancillo 1950-2000

Categoría	Porcentaje de población / %	
Agricultura	96.22	7.06
Empleados y obreros	0.26	42.18
Comercio	1.37	41.17
No especificó	2.15	2.7
Población ocupada	100	99.97

Fuente: INEGI 1950, 2000.

Este cambio en las actividades económicas ha traído diversas consecuencias, por ejemplo, como ya se mencionó, el vestido de las ixhuatecas ha pasado del clásico faldón de lana al colorido vestido actual diseñado para atraer la atención de los posibles compradores. Al parecer, esta situación seguirá cambiando, pues de acuerdo con algunos testimonios, actualmente existen jóvenes que prefieren emplearse y dejar de lado sus tradicionales ropas.

La mentalidad de la gente cambia también, pues algunas de las personas que se dedican al comercio bajan todos los días a Orizaba mientras que otras van a diversas ciudades dentro y fuera de Veracruz a vender sus productos. De cualquier forma, esto los obliga a tener mayor contacto con gente no perteneciente a su grupo étnico, con lo cual pierden la hermeticidad de su pueblo y a su vez esto les deja menos tiempo para atender una milpa o ir al cerro a recolectar y cazar, o incluso para contar a sus hijos esas viejas historias sobre por qué deben amar y respetar a la tierra en la que viven.

Actualmente, la vestimenta tradicional de Ixhuatlancillo tiene diversas peculiaridades, por ejemplo, los hombres ya no usan el tradicional calzón blanco, camisa o algodón blanco y huaraches. A la mayoría se les encuentra vestidos con algún tipo de camisa, pantalón de mezclilla y zapatos o huaraches, aunque hay algunos adultos mayores que sí llevan la vestimenta tradicional.

Las mujeres, en general, aún utilizan el traje típico del lugar que consta de un fondo blanco con la parte más baja bordada que sobresale del vestido. Las mujeres mayores llevan la tradicional “balleta” sostenida por una faja de algún color llamativo. Las más jóvenes han cambiado la falda o balleta por vestidos de brillantes y vistosos colores, una blusa con la parte de los hombros bordada a la que además le adhieren tres flores de color resplandeciente y el huipil de color oscuro. La mayoría llevan zapatos aunque todavía se puede ver algunas mujeres descalzas. Al parecer este cambio se debe a que una gran parte de la población se dedica al comercio en comunidades cercanas, como Orizaba, y los vestidos de colores llaman más la atención de la gente (García Márquez 2003).

El hecho de que muchos indígenas hayan dejado de utilizar el traje tradicional en otras partes es debido a que han sido señalados y marginados. Lo cierto es que en algunas regiones, como es el caso de Ixhuatlancillo, funciona más como “gancho” para el comercio, además de ser un símbolo de identidad (figura 1).



Figura 1. Mujer Ixhuateca con vestimenta típica.

Fotografía: Proyecto UNAM DGAPA PAPIIT IN 306308-3.



Figura 2. Virgen de la Asunción. Iglesia de Ixhuatlancillo Veracruz.

Fotografía: Proyecto UNAM DGAPA PAPIIT IN 306308-3.

Las principales fiestas en este lugar son de carácter religioso y las celebraciones más grandes del año son el dos de noviembre (Día de Muertos) y el dos de febrero (Día de la Candelaria). La santa patrona de Ixhuatlancillo es santa María de la Asunción que se festeja el 15 de agosto. Lo que se pudo averiguar, por medio de entrevistas, es que esta fecha ya no se celebra desde hace tanto que la mayoría de la gente ni recuerda haberlo hecho.

La razón, según Irma Estela Martínez Flores, originaria del lugar, en versión de su padre, es que por esta fecha llueve mucho y no es apta para festejos; así que ahora la mayor festividad en el pueblo es el dos de febrero, Día de la Candelaria, en la cual además se realizan bautizos, primeras comuniones y otras festividades religiosas. Hay gente que incluso no sabe que la santa patrona es santa María de la Asunción y no la Virgen de la Candelaria (figura 2).

Las relaciones entre los ixhuatecos se norman por la mayordomía. La labor del mayordomo es organizar todas las festividades del año. Cada

dos años se cambia la mayordomía a otra familia, la cual debe trabajar en relación estrecha con el sacerdote de la comunidad. Para la celebración del dos de febrero, se organiza primordialmente toda la parte religiosa: un grupo de personas y una banda llevan en su ajuar al “Niño Dios”, con la virgen que está en la iglesia, para recibir la bendición.

Al día siguiente, el mayordomo lleva las Mañanitas, asegura la celebración de la misa y sufraga la comida, que consiste de mole con carne ya sea de puerco o de res, tortillas hechas a mano y tamalitos de frijol, todo acompañado por refresco para los niños y cerveza para los jóvenes y adultos. Estos alimentos no son compartidos con todo el pueblo, únicamente son para quienes participan en las ceremonias y personas allegadas al mayordomo.

Por la tarde, ese mismo día después de la misa hay una serie de eventos festivos, como corrida de toros, carreras de caballos, peleas de gallos, feria y baile, que son organizados y financiados por el presidente municipal. Las festividades duran aproximadamente diez días, durante este tiempo se queda la feria en el pueblo. Los siguientes dos fines de semana hay corrida de toros y baile.

En la feria se pueden encontrar los clásicos juegos mecánicos y puestos de comida, llevados *ex profeso* por forasteros, con dulces como cocadas, manjares (pastel con relleno), suizo (dulce de camote y coco), flanes y galletas de figuritas, pan de feria de nuez y nata, plátanos machos fritos, *hot cakes* y chicharrones de harina. La gente del pueblo también pone puestos de comida con esquites, flautas y tortas de pollo, tacos de cabeza y longaniza, chicharrón y “picaditas”, que son una especie de tortilla tipo sope con salsa, queso y cebolla. Estas últimas se encuentran todo el año afuera de la iglesia.

Otra práctica que se mantiene viva en Ixhuatlancillo es la de “robarse a la novia”, lo cual puede ser por cualquiera de dos formas: en “chiquihuite” o en “costal”. “En chiquihuite” significa que ya los padres sabían de la existencia del novio y que en algún momento se iban a casar, entonces el “robo” sólo es un método para apresurar el matrimonio. En este caso se procede a una negociación y a los padres de la novia se les ofrece atole, mole o fruta a escoger como un tipo de compensación por el agravio cometido. En algunos otros el presidente municipal se encuentra presente mediando este tipo de negociaciones. “En costal” es cuando los padres no tienen conocimiento de la existencia del novio y entonces es más una fuga que un robo.

Todavía persiste su visión del mundo y sus creencias, como la existencia del “susto”, “mal de ojo”. Los padecimientos son atendidos por curanderos a los que la gente llama *tepatique*, quienes atienden enfermedades relacionadas con lo sobrenatural se les llama “tlanaque”. También creen en la existencia de unos seres que habitan debajo de la tierra llamados “chanetsitsi”, que están encargados de cuidar a la Madre Naturaleza porque si los humanos la maltratan, ellos mandan “maldiciones” o enfermedades.

ALIMENTACIÓN EN IXHUATLANCILLO

En cuanto a la producción de alimentos, encontramos que de una muestra constituida por 50 familias, 77 % de los alimentos que son consumidos en la localidad se compran en lugares cercanos, como Orizaba, y sólo 23 % refiere que, además de comprarlos, los produce en su propia milpa (figura 3). Los alimentos que producen son: frijol, maíz, berros, calabacita, col, coliflor, jitomate, chayotes, rábanos, lechuga, nopal, manzanilla, plátanos, quelites, epazote y hierbas de olor.

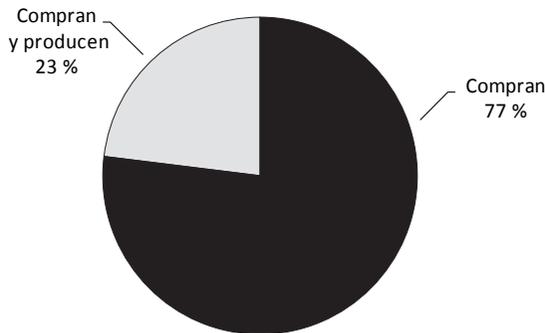


Figura 3. Producción de alimentos.

En general, la población compra diario en Ixhuatlancillo, como dicen ellos, “de a poquito” y los que compran fuera del municipio, la mayoría, lo hace una o dos veces por semana en el mercado de la Zapata en Orizaba. Este mercado generalmente se pone los miércoles, sábados y domingos: “hay que tomar dos camiones para llegar al lugar pero se puede encontrar una gran variedad de frutas y verduras entre otros

productos a un buen precio". Las mujeres son las que asisten ya que son casi siempre las responsables de las compras.

Las tierras en Ixhuatlancillo han pasado por diversos procesos. Antes de la Revolución de 1910, estaban distribuidas bajo el sistema comunal, entre los ranchos Pala, Monte Grande, Tepoctlán, El Espinalillo, El Cristo y pueblo de Ixhuatlancillo. Durante la Revolución, debido a la inseguridad, éstos fueron abandonados por largo tiempo, pero en 1924 un grupo de ixhuatecos recibió 952 hectáreas expropiadas de los ranchos Pala y San Isidro, además de 1 640 hectáreas de antiguas tierras comunales; todas estas extensiones pasaron al régimen ejidal (García Márquez 2003).

La razón por la que actualmente mucha gente no posee una parcela es porque en 1992 se reformó el artículo 127 constitucional, y a partir de esa fecha la tierra clasificada como parcela ejidal puede convertirse en pequeña propiedad y venderse a particulares ajenos al ejido (Salinas de Gortari 2001). Al parecer, la gente prefiere vender sus terrenos o rentarlos, ya que no les generan suficientes ingresos para sustentar su economía. En el caso de las familias que sí tienen milpa, el hombre es el que la cuida habitualmente, pero a veces hay participación de mujeres y niños.

En la figura 4 pueden observarse los principales centros de compra de alimentos.

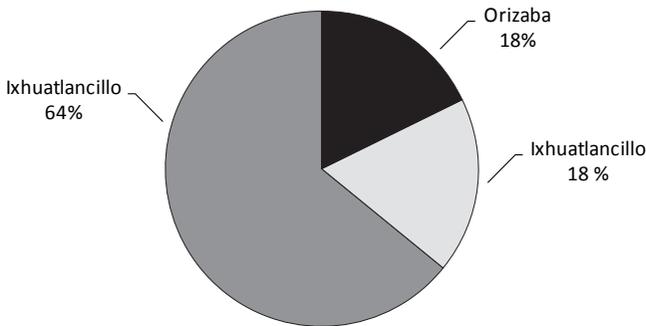


Figura 4. Compra de alimentos.

En el poblado no es raro ver animales en los patios. Los que más se crían son los pollos y gallinas por su bajo costo de mantenimiento y por requerir menos espacio, después los cerdos y por último los guajolotes. Los animales de menor tamaño andan sueltos y generalmente tienen

un espacio físico asignado con un techito para resguardarse. Algunos de estos animales son para consumo, sobre todo los pequeños, como pollos, aunque también se utilizan para venta junto con los cerdos y guajolotes (figura 5).

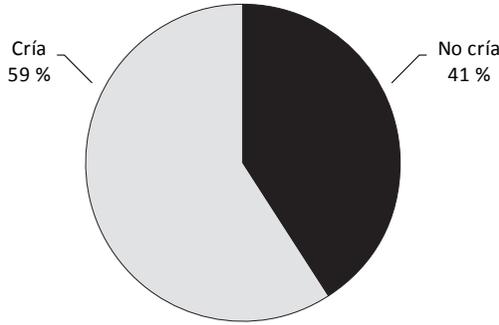


Figura 5. Cría de animales en casa.

La figura 6 muestra que la actividad de recolección es baja, destacando por esta técnica el abasto de hongos, quelites, hierbamora, chayotes y gásparos o flor de colorín.

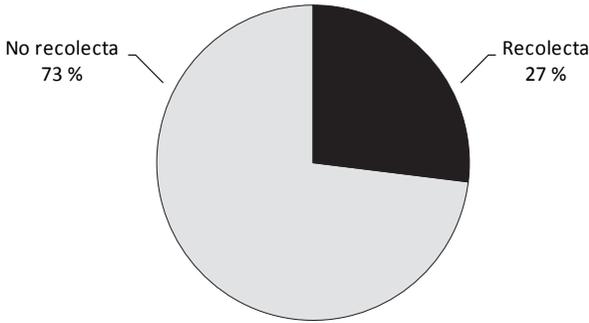


Figura 6. Recolección de alimentos.

La caza no es una actividad predominante pese a su ubicación en las faldas de la Sierra Madre Oriental. Las personas que afirmaron cazar animales en el cerro eran campesinos en su totalidad, esto es, la gente no va específicamente al cerro a cazar, más bien son personas que trabajan ahí y sólo atrapan animales pequeños como conejo y armadillo (figura 7).

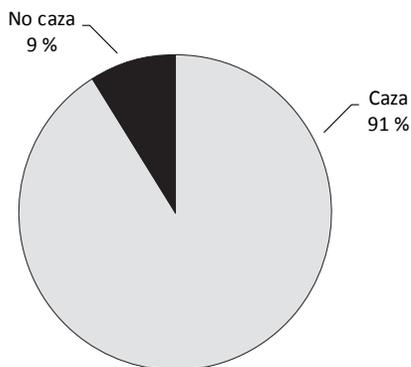


Figura 7. Caza de animales para el consumo.

A través de las entrevistas realizadas, se sabe que antiguamente las actividades de siembra, caza y recolección eran más comunes, pero con el paso de los años éstas fueron disminuyendo.

Por otra parte, el cultivo de frutas sí representa una actividad importante en la comunidad pues más de 50 % de la población posee árboles frutales (figura 8). En los patios se observan: duraznos, jinicuiles,² guayabas, aguacates, nísperos y plátanos.

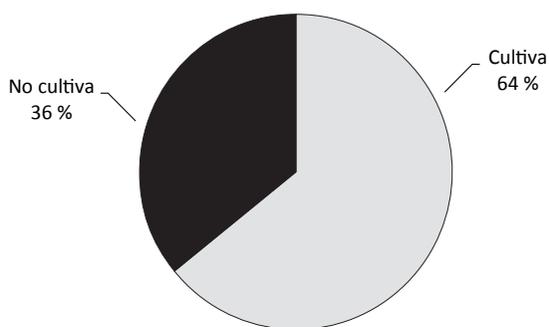


Figura 8. Cultivo de frutales

² Jiniquil: del náhuatl *xonecuilli* 'pie torcido', vaina del cuajinicuil: cierto árbol del género *Inga*, y su vaina (también llamada *jinicuil* o *jaquinicuil*) contiene semillas envueltas en una pulpa comestible.

En relación con la preparación de los alimentos, la mujer es la que cocina. La gran mayoría hace las tortillas a mano que se cocinan con leña, y cuando no es posible hacerlas, las compran a sus vecinas, pero esto es poco común y más aún, comprarlas en tortillería. En el pueblo se encuentran tres molinos de nixtamal donde las señoras, por un costo aproximado de 20 centavos por kilo de nixtamal, lo muelen para elaborar sus propias tortillas. Aunque en algunos patios se pueden apreciar pequeños maizales, lo más común es que la gente compre su maíz.



Figura 10. Casa típica de Ixhuatlancillo, Veracruz.

Fotografía: Proyecto UNAM DGAPA PAPIIT IN 306308-3.

Dentro de los hogares el sitio de preparación está diferenciado. En las casas con estructura de cemento encontramos la cocina como cuarto separado, mientras que en las casas tradicionales no hay separación de cuartos. La mayoría de las cocinas constan de una estufa de dos hornillas, sin horno, colocada sobre una mesa. Generalmente tienen algunas repisas para sus utensilios; los más populares son de peltre, aluminio, barro y algunas cucharas o palas de madera.

Como la mayoría de las mujeres elaboran sus propias tortillas, siempre se encuentra el comal y el metate. No se observan refrigeradores en las cocinas de la comunidad, más adelante se mencionan los métodos de conservación. Para cocinar las tortillas con leña, aparte de

la cocina que está incorporada a la casa, generalmente hay un “cuartito” de madera contiguo al patio.

La técnica culinaria más frecuente es la ebullición de los alimentos. La mayoría de las verduras que consumen las hierven en agua, caldo o salsa, en la mesa no pueden faltar los frijoles. La carne que preparan para su mole en los días festivos también es hervida previamente.

En cuanto al combustible empleado, la mayor parte de las casas se cocina con gas y leña, es poca la gente que sólo cocina con gas o exclusivamente con leña y carbón; éstas últimas solamente están presentes en la clase económica más modesta del municipio. Por lo general, cada 15 días pasa un camión al pueblo vendiendo leña y de esta manera no hay necesidad de recolectarse o cortarse.

Sobre el consumo de alimentos es importante señalar que gran parte de la población hace dos comidas fuertes al día (figura 10). Algunas personas además añaden café y pan ya sea por la mañana o por la noche, pero a esta ingesta no la consideran una comida como tal. La primera comida se hace entre las 8:00 y las 12:00; la segunda, entre las 14:00 y las 20:00 y la tercera, entre las 20:00 y las 22:00.

La mayoría prefiere “comer todos juntos”. Algunas familias pequeñas y de bajos recursos comen del mismo plato, pero no es lo común. Son pocos hogares donde las mujeres comen después de haber servido al resto de la familia, o donde las mujeres y niños comen en horario distinto a los hombres. En caso de que los varones se hayan ido a vender sus productos, las mujeres y los niños comen primero y ellos, al regresar.

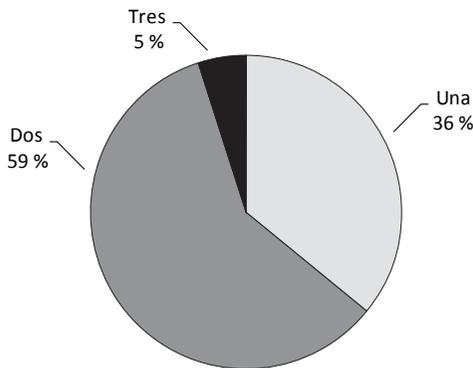


Figura 10. Frecuencia de comidas por día.

En relación con el consumo, la población náhuatl suele dividir los alimentos en fríos y calientes por su efecto en el organismo. Dentro de los primeros están la carne de res, puerco y barbacoa; verduras como chayote, coliflor, ejotes, zanahoria y papa; cítricos y semillas como frijol, lenteja y haba. Dentro de los segundos aparecen el huevo, pollo, frutas como mango, durazno, plátano y aguacate; el café, la canela, la carne de chito, el chile, la tortilla y la calabaza también son considerados alimentos calientes. No toda la gente tiene conceptualizado este aspecto de la comida, pero analizando lo que comen cuando se enferman y el uso que tienen de la herbolaria, se observa que, dependiendo de la enfermedad, sí consumen alimentos contrarios a su mal.

El comer bien significa estar satisfecho o “lleno” y, al respecto, la tortilla es el alimento base que nunca falta en la mesa en cantidades suficientes, junto con los frijoles. La mayoría considera que no es bueno comer carne de cerdo. En cuanto a bebidas, el consumo de café es muy alto; hay casas en las que todo el día se encuentra preparado sobre la estufa o la mesa. Aunque el refresco es común, la gente todavía prefiere tomar más agua de sabor por ser más económica y nutritiva, lo cual se facilita por los árboles frutales que crecen en sus patios. En días de fiesta la cerveza es la bebida predilecta y se consume mucho más que el aguardiente u otras bebidas embriagantes.

Según los ixhuatecos, el consumo habitual de alimentos cubre sus necesidades, pues dejan de sentir hambre y es la combinación de frijol-maíz la que los satisface. Los niños siguen la misma dieta que los adultos, los más pequeños comen frijoles molidos, caldo de pollo y menos picante, pero conforme crecen se incorporan rápidamente a la dieta familiar. Cuando están enfermos siguen las indicaciones del médico, también evitan alimentos irritantes, como chile, café o leguminosas como frijol y lenteja, y reducen el consumo de carne y grasa. Su dieta en general es “menos pesada”, pero aumentan el consumo de sopas, caldos, verduras y agua.

La sal, además de sazonar, tiene la función de conservar los alimentos. La carne se corta en tiras, se lava y se le agrega sal suficiente y limón si es posible, después se pone a secar al sol o arriba del fogón. De esta manera se mantienen alrededor de quince días, pero si se quiere preservar por unos cinco días y que la carne esté más fresca sólo se le agrega suficiente sal y se le cubre. Cuando la carne se va a consumir se enjuaga y no se agrega sal a la preparación.

Para cualquier tipo de celebración, ya sea de carácter religioso o civil, el plato tradicional en Ixhuatlancillo siempre es el mole. Entre los ingredientes destacan: anís; semilla de cilantro; clavos; pasas; galletas; cebolla; ajo; ajonjolí; chile mulato, pasilla y ancho, ya sea con pollo o carne de cerdo y arroz rojo.

La combinación por excelencia es maíz-frijol-chile. Es muy rica nutricionalmente ya que, por un lado, el maíz (*tlaolli* grano curado y seco) provee un alto contenido en humedad, cenizas, nitrógeno, proteínas, calcio, fósforo, hierro, caroteno, tiamina, riboflavina, niacina, fibra cruda y extracto etéreo, los cuales hacen de la tortilla un alimento que supera en valor nutritivo al pan blanco tanto en su composición como en la calidad de sus proteínas. Por otro lado el frijol (ayocote), además de su alto contenido en calcio, fósforo, hierro y niacina, suministra un gran aporte de proteínas. El chile, por su elevado porcentaje de vitaminas y sobre todo ácido ascórbico, es difícilmente igualado por otra sustancia de origen vegetal (Dávalos 1966).

En cuanto a la ingesta de productos industrializados, el refresco destaca al ser el más consumido por adultos y niños. El sector infantil muestra preferencia hacia las gelatinas, las botanas comerciales (Sabritas y Barcel) y las sopas instantáneas (principalmente Maruchan). Algunos otros productos, como enlatados y salsas, se han ido incorporando con la apertura de algunas “tienditas” en el pueblo.

CONCLUSIONES

Por lo tanto, la alimentación desempeña un papel central en la vida social, política, religiosa y económica de una población. La comida es un elemento esencial de la interacción cotidiana y ocupa un lugar principal en la mayor parte de los acontecimientos sociales. Los alimentos que se consumen tanto en la vida diaria como ceremonialmente están prescritos por la cultura. Los grupos sociales, en el seno de la sociedad, utilizan la comida como marcador étnico. Comprender este sistema alimentario implica tener un considerable conocimiento de su tecnología, su sistema social y su ideología, ya que al examinar la salud del grupo se puede medir el éxito alcanzado en la satisfacción de las necesidades nutricionales de la población (Long 1995). En lo anterior radica la importancia de este estudio que enriquece el conocimiento del proceso de alimentación de una comunidad nahua, la de Ixhuatlancillo, Veracruz.

Por su alto índice de población de ascendencia nahua, podemos decir que es una comunidad bastante conservadora en sus costumbres, pero es importante destacar que la interacción de sus pobladores con otras regiones del país, conforme transcurre el tiempo, va dejando una fuerte influencia sobre sus costumbres y mentalidad. A pesar de vestir todavía de la manera tradicional y hablar el idioma náhuatl, paulatinamente van modificando algunas de sus costumbres e incorporando a su forma de pensar la de las ciudades que frecuentan.

Sobre los puntos anteriores, pareciera que nuestra sociedad estuviera trastocando su vida y tradiciones, lo cual se observa con la sustitución de la siembra por actividades en las que obtienen mejores ingresos, como el comercio. Esto de alguna forma influye también en sus hábitos alimentarios, ya que se ven en la necesidad de comprar sus alimentos, lo que trae como consecuencia alteraciones en la salud de sus habitantes. Indudablemente en Ixhuatlancillo encontramos diversos aspectos que nos identifican con nuestro pasado prehispánico, presente en nuestras costumbres y nuestra sociedad. Adentrarse en esta comunidad es como abrir una ventana y observar cómo el pasado se fusiona con el presente y las influencias transcurren en ambas direcciones.

REFERENCIAS

CORDÓN, FAUSTINO

1980 *Cocinar hizo al hombre*, Tusquets, Barcelona.

DÁVALOS HURTADO, EUSEBIO

1966 *Alimentos básicos e inventiva culinaria del mexicano*, Secretaría de Educación Pública, México.

FLORES Y ESCALANTE, JESÚS

1994 *Brevísima historia de la comida mexicana*, Asociación Mexicana de Estudios Fonográficos, México.

GARCÍA MÁRQUEZ, AGUSTÍN

1999 "El pueblo de indios de Orizaba, 1531-1821", C. Serrano Sánchez y A. García Márquez (eds.), *El valle de Orizaba. Textos de historia y antropología*, Universidad Nacional Autónoma de México, México: 61-79.

2003 *Raíz y razón de Ixhuatlancillo*, Instituto Nacional Indigenista, Xalapa.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI)

1950 *Séptimo Censo General de Población*, Secretaría de Economía, México.

2000 *XII Censo General de Población y Vivienda*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Aguascalientes.

LONG, JANET

1995 *Conquista y comida*, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

PÉREZ CAMACHO, CARMEN

2000 *Percepción, apropiación y disputa territorial: los límites entre los municipios de Orizaba e Ixhuatlancillo en Veracruz*, tesis, Centro de Investigaciones de Estudios Superiores en Antropología Social, México.

SALINAS DE GORTARI, CARLOS

2001 *México. Un paso difícil a la modernidad*, Plaza y Janés, México.

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA DE CRECIMIENTO Y NUTRICIÓN EN ESCOLARES NAHUAS DE IXHUATLANCILLO, VERACRUZ

Waleska Sanabria León
Posgrado en Antropología, UNAM

INTRODUCCIÓN

La antropometría es una de las técnicas utilizadas en el quehacer ontogénico humano, en la que a través de la toma de distintas mediciones corporales, relacionadas con el crecimiento físico y la composición corporal, se obtiene información sobre las condiciones nutricionales y de salud tanto en estudios clínicos como epidemiológicos (OMS 1986, 1995b; Kalichman *et al.* 2006).

Se sabe que la nutrición es esencial para que todo ser vivo presente un crecimiento físico óptimo. Si lo anterior se ve limitado por cambios en la misma nutrición, la salud y el ambiente socioeconómico, es posible evidenciar casos de desnutrición, sobrepeso/obesidad o la coexistencia de ambos en la población. En este sentido, la desnutrición y deficiencia en el crecimiento físico (baja estatura y peso, desgaste muscular y retraso en la maduración) en los grupos vulnerables –infantes, niños y adolescentes– de la población se ha vinculado a diferentes factores, entre ellos la hambruna provocada por la inadecuada disponibilidad o poco acceso a los alimentos, la desventaja social, económica y ambiental, así como a diferentes patologías que limitan la absorción de nutrientes u otros problemas ambientales, deteriorando el crecimiento lineal (estatura) y la composición corporal de todo individuo expuesto a dichas condiciones (OMS 1986, 1995; Waterlow 1996; Shetty 2006).

Por otro lado, el sobrepeso/obesidad no tan sólo se caracteriza por el aumento en tamaño corporal, la grasa magra y la estructura ósea (Zemel 2002), sino que “es la resultante de un balance positivo de ener-

gía, es decir, de una mayor ingesta con relación al consumo energético” (Gonzalez *et al.* 2002: 1).

Si bien es cierto que el ritmo de crecimiento en el ser humano depende de varios factores, como el sexo, edad, tamaño de los padres (herencia), grupo étnico, salud y condiciones socioeconómicas (Cole 2002), es reconocido que el crecimiento físico es uniforme desde la infancia hasta la etapa adulta, y que se presenta en diferentes patrones y magnitud en distintas edades, sobre todo durante los primeros años de la etapa formativa de la vida (Roche y Sun 2003).

Como ya se ha mencionado, estas diferencias en el proceso ontogénico se presentan por la influencia de ciertas características dentro del contexto –familiar, comunidad, social, ambiental– que pueden llevar a ciertas modificaciones en el crecimiento físico y composición corporal, y es a través de la técnica antropométrica como podemos obtener información sobre los cambios que se presentan en el cuerpo en determinado grupo de edad y sexo.

Beaton y colaboradores (1990) han mencionado dos puntos importantes en el uso e interpretación antropométrica (mediciones corporales) que han sido una cuestión de debate, por un lado, en términos conceptuales, al distinguir entre lo que es la deficiencia de crecimiento y estado nutricional, y por otro lado, la elección de los índices antropométricos y su interpretación. En este último punto los autores recomiendan que la elección del índice debe estar de acuerdo con lo que en realidad se va a medir, y que su interpretación dependerá de si su objetivo es describir la situación de la población o diagnosticar a un individuo (Beaton *et al.* 1990).

Como ya es reconocido, el uso de la técnica antropométrica ha sido herramienta útil en la evaluación del crecimiento físico, proporción y composición corporal de todo individuo o población, principalmente en los primeros años de la etapa formativa de los individuos. La misma permite al investigador obtener información relacionada con el déficit o exceso en el crecimiento físico y composición corporal, asociado el primero a la inadecuada alimentación y a diferentes infecciones o patologías, y al aumento en la ingesta calórica en el caso de sobrepeso y obesidad (OMS 1986). Según Beaton y colaboradores (1990), su uso tiene varias ventajas: es una manera práctica para describir una situación, en este caso, el crecimiento y estado nutricional; de manera general se usa como aproximación para contrastar el estado nutricional, de salud y ambiental

de los grupos con desventaja socioeconómica; predice a nivel individual y poblacional posibles condiciones de salud (morbilidad), carencias funcionales y mortalidad; y por último, es un indicador para evaluar el resultado que han tenido algunas políticas sanitarias hacia los factores económicos y ambientales que determinan el síndrome de privación (Beaton *et al.* 1990: 2).

POBLACIÓN DE ESTUDIO: IXHUATLANCILLO, VERACRUZ

Según la Secretaría de Desarrollo Social (2001), Veracruz, junto con los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, México, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Yucatán y el Distrito Federal, concentran 86 % del total de población indígena en la República Mexicana. En la actualidad la mayor parte de los habitantes del municipio de Ixhuatlancillo está constituida por el grupo de habla náhuatl. Como se observa en la figura 1, Ixhuatlancillo se encuentra entre las áreas con mayor presencia de población indígena (70 % o más) a través del territorio mexicano.

Algunos de los factores que intervienen en la densidad poblacional son los procesos migratorios, la morbilidad y la mortalidad (Secretaría de Desarrollo Social 2001). Como ya se mencionó, en la actualidad México presenta un porcentaje muy elevado de la población que no cubre las necesidades básicas (alimentación, salud, educación, entre otros) debido a la extrema pobreza (Corro 1993); en ésta ubicamos al municipio de Ixhuatlancillo, Veracruz.

El municipio de Ixhuatlancillo cuenta con una población total de 11 914 habitantes (5 700 hombres y 6 214 mujeres), según los datos presentados en el Censo del 2000 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). La mayor parte de la población la constituyen personas de origen nahuatl; 51.9 % de los habitantes de 15 años y más es analfabeta, 28.8 % de 15 años y más cuentan con primaria incompleta, 12.1 % es monolingüe y 90.3 % no tiene acceso a los diferentes servicios de salud. Se reporta un 24.8 % de la población ocupada en el sector primario, 15.6 % no recibe ingreso por trabajo y 28.9 % percibe de uno a dos salarios mínimos. Con relación a las características de las viviendas 70.4 % cuentan con piso de tierra; 39.8 % no dispone de agua entubada, 47.7 % de drenaje, 27.1 % de energía eléctrica o 14.9 % carece de estos tres.

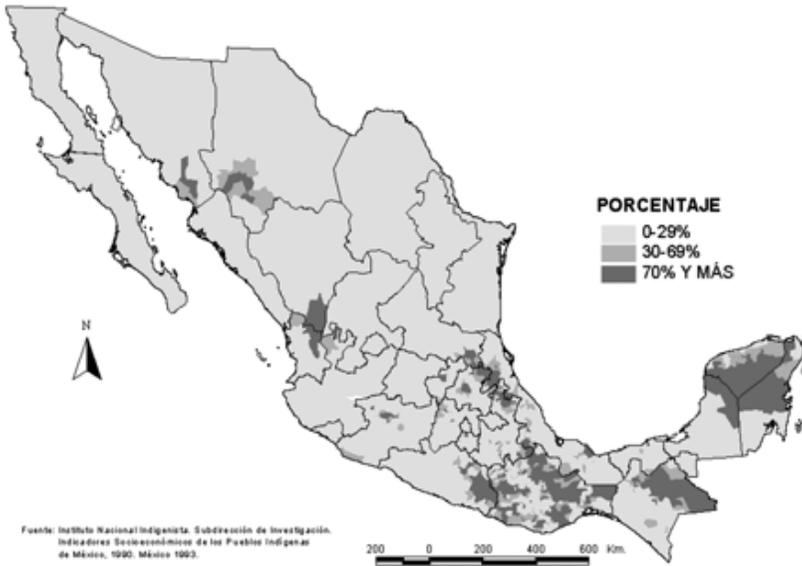


Figura 1. Población indígena estimada según los datos que presentó el Instituto Nacional Indigenista (2002).

En 1995 se registró en el municipio datos en donde la población urbana estaba conformada por 7 972 habitantes y la rural era de 1 539, mientras que la población indígena contaba para 1995 con 4 591 habitantes. Durante el ciclo escolar de 1999-2002 contaba con ocho escuelas preescolares con 359 estudiantes inscritos, 18 maestros y 21 grupos; a nivel de primaria se registraron once escuelas, 1 272 alumnos, 44 maestros y 63 grupos. Por otro lado, se ubicaron durante este periodo una escuela secundaria, 162 alumnos, 6 maestros y 6 grupos, además de un bachillerato, 22 alumnos, un maestro y dos grupos.

De los 11 914 habitantes, 4 357 conforman la población económicamente activa y 3 775 se considera como población inactiva. Las actividades económicas principales son el comercio, la elaboración de artesanías, trabajos obreros, agropecuarios o trabajar por su cuenta. Dada la inestabilidad económica en la región, la población se caracteriza por su fuerte migración hacia diferentes partes del país, siendo los focos migratorios principales Puebla, Oaxaca y el Distrito Federal en la República Mexicana y Estados Unidos de Norteamérica. En términos generales, la zona se

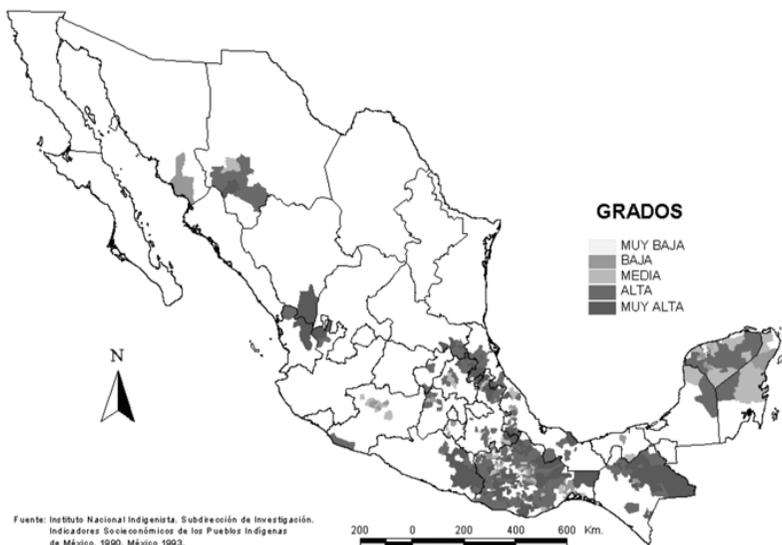


Figura 2. Grado de marginación en municipios con población indígena, según el Instituto Nacional Indigenista, 2002.



Figura 3. Situación nutricional de México por regiones geoeconómicas, según la Secretaría de Desarrollo Social, 2002.

caracteriza, según el Instituto Nacional Indigenista, por tener un alto grado de marginación (figura 2), lo que ha provocado una situación de mal estado nutricional, siendo las regiones indígenas las que presentan el mayor grado de desnutrición (figura 3) en México en la actualidad, según la Secretaría de Desarrollo Social.

MUESTRA

El presente estudio, de carácter transversal, se realizó en el municipio de Ixhuatlancillo, Veracruz, durante los meses de febrero a junio de 2002. Se tomaron varias medidas antropométricas a 460 individuos (56.5 % niñas y 43.5 % niños) de entre 6 y 13 años asistentes a las escuelas primarias Ricardo Flores Magón, Carrillo Puerto y Nezahualcoyotl inscritas a la Secretaría de Educación y Cultura del Gobierno de Veracruz (SEC).

Cuadro 1. Número (N) y porcentaje (%) de menores por grupo de edad y sexo considerados en el estudio antropométrico en Ixhuatlancillo, Veracruz

Grupo de edad*	Niñas		Niños		Total	
	N	%	N	%	N	%
6.0 - 6.9	6	2.3	11	5.5	17	3.7
7.0 - 7.9	46	17.7	38	19.0	84	18.3
8.0 - 8.9	36	13.8	23	11.5	59	12.8
9.0 - 9.9	35	13.5	35	17.5	70	15.2
10.0 - 10.9	40	15.4	23	11.5	63	13.7
11.0 - 11.9	45	17.3	35	17.5	80	17.4
12.0 - 12.9	30	11.5	22	11.0	52	11.3
13.0 - 13.9	22	8.3	13	6.5	35	7.6
Total	260	100	200	100	460	100

* Edad decimal según el referente de Frisancho (1990).

La edad de los individuos se obtuvo de los registros escolares, a partir de éstos se calculó su edad decimal y posteriormente los sujetos se agruparon de acuerdo con sus respectivos intervalos de edad. Asimismo, se construyeron las cohortes a partir de los años cumplidos más punto nueve lugares decimales, asignando a cada edad decimal intervalos de edad según el referente antropométrico de Frisancho (1990); para ello se empleó el programa estadístico *SPSS*. En el cuadro 1 se resume la distribución de la muestra tomando en consideración el número, porcentaje y totales de individuos medidos por sexo y grupo de edad.

Las medidas se tomaron de acuerdo con los procedimientos recomendados por el *Anthropometric standarization reference manual* (Lohman *et al.* 1988). Entre las medidas antropométricas utilizadas se analizaron las siguientes: peso, estatura, pliegues adiposos tricipital y subescapular. Dado que dichas medidas por sí solas no brindan información sobre la situación específica relacionada con el crecimiento físico y composición corporal, se tomaron en cuenta varios índices para realizar la respectiva evaluación del crecimiento físico y composición corporal.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un índice es la relación porcentual de medidas antropométricas, son importantes para la interpretación de las mismas, además de ser utilizados como indicadores (indicador se relaciona con el uso o la aplicación del índice) indirectos de la situación socioeconómica (OMS 1995a). Por ejemplo, la relación del peso y estatura a través del índice de masa corporal (IMC), así como el análisis de las áreas musculares y grasas del brazo, son un buen indicador de la variabilidad en las reservas energéticas en sujetos con estilos de vida de tipo sedentario y pueden determinar grados de sobrepeso u obesidad; por otro lado, bajo peso al nacer refleja desnutrición materna (Frisancho 1990; OMS 1995).

La OMS (1995a: 10-12) señala que los indicadores antropométricos tienen como objetivo:

1. Identificar individuos o grupos en riesgo: los indicadores antropométricos deben reflejar riesgos pasados (retraso en el crecimiento lineal debido a desnutrición en los primeros años de la infancia) o presentes (bajo o alto peso para la edad) y predecir situaciones futuras (problemas de salud asociados a la malnutrición, cardiovasculares, diabetes mellitus, entre otros).

2. Seleccionar individuos o población para alguna intervención: predecir los beneficios que se derivan de dicha intervención.
3. Evaluación de los efectos que se presentan por los cambios en la situación nutricional, de salud o socioeconómica: los indicadores reflejan respuestas a intervenciones pasadas y presentes.
4. Excluir sujetos de tratamientos de alto riesgo, su empleo o ciertos beneficios: predecir la falta de riesgo para aquellos sujetos que sean incluidos o excluidos para tratamientos de alto riesgo, ser empleados en ciertas ocupaciones que demanden algún esfuerzo físico o requerir algún beneficio.
5. Realizar estándares antropométricos: el propósito es desarrollar un estándar antropométrico que refleje la "normalidad" en el crecimiento físico y composición corporal de determinada población por grupo de edad y sexo.
6. Realizar investigaciones que no involucren decisiones relacionadas a la nutrición, salud o bienestar, vinculada ésta al punto anterior.

Entonces, para efectos del presente trabajo de investigación, se tomó en cuenta el punto número tres relacionado con la evaluación del crecimiento y composición corporal. Por lo tanto, se analizaron los siguientes índices antropométricos: el IMC, la suma de pliegues tricípital y subescapular, así como las áreas musculares y grasa del brazo, ya que éstos funcionan como indicadores de la situación nutricional y brindan información indirecta sobre la dinámica social y cultural de la población a estudiar. Los mismos se calcularon de la siguiente manera:

- Índice de masa corporal (IMC) = peso (kg) / estatura (m²)
- Área total brazo (AT) = $P_b \text{ (cm)}^2 / 4 \pi$
- Área muscular brazo (AM) = $[(P_b \text{ (cm)} - (P_t \text{ (cm)} * \pi)]^2 / 4 \pi$
- Área grasa brazo (AG) = AT - AM
- Suma de pliegues (SP) = $P_s \text{ (mm)} + P_t \text{ (mm)}$

Tomando en consideración lo propuesto por la OMS, en la validez estadística de los datos antropométricos se compararon las medidas corporales de los escolares de la región de Ixhuatlancillo, Veracruz, con una muestra internacional (OMS 1986), en este caso con el referente multiétnico de la NHANES I y II para cada grupo de edad y sexo publicados en el referente antropométrico de Frisancho (1990).

Cuadro 2. Clasificación antropométrica del referente de Frisancho (1990) para la evaluación del crecimiento físico y estado nutricional

Categoría	Puntuaciones z	Estatura	Peso/IMC	Estado muscular
1	$z < -1.645$	Bajo	Bajo peso	Desgaste muscular
2	$-1.646 < z < -1.037$	Bajo el promedio	Bajo el promedio	Bajo el promedio
3	$-1.036 < z < 1.035$	Promedio	Promedio	Promedio
4	$1.036 < z < 1.644$	Sobre el promedio	Sobre el promedio	Sobre el promedio
5	$z > 1.645$	Alto	Alto	Alta musculatura: buena nutrición

Cuadro 3. Clasificación antropométrica del referente de Frisancho (1990) para la evaluación de la composición grasa de las variables antropométricas relacionadas al área grasa, pliegues adiposos tricípital, subescapular y la suma de éstos

Categoría	Puntuaciones z	Estado grasa
1	$z < -1.645$	Delgado
2	$-1.646 < z < -1.037$	Bajo el promedio
3	$-1.036 < z < 0.674$	Promedio
4	$0.675 < z < 1.035$	Sobre el promedio
5	$z > +1.036$	Exceso de grasa

Cole (2002) ha definido el referente como la base de dato que define la distribución de una o más medidas relacionadas al crecimiento físico para cada grupo de edad y sexo.¹ Por lo tanto, con los valores absolutos de las variables directas e indirectas analizadas se calcularon

¹ Asimismo, la Organización Mundial de la Salud ha distinguido entre un referente y un estándar antropométrico. El primero se define como aquella herramienta que brinda datos comunes con el objetivo de comparación, mientras que el estándar es

los promedios –frecuencias, medias y desviaciones estándar– para cada grupo de edad y sexo. Asimismo, utilizando los datos proporcionados por Frisancho (1990), donde se consideraron el sexo y grupo de edad, se obtuvieron las puntuaciones z para cada medida antropométrica realizada en cada individuo. Además, al estandarizar los valores se calcularon los promedios de las respectivas puntuaciones z por grupo de edad y sexo para comparar el grupo estudiado con el estándar antropométrico de Frisancho, el cálculo se realizó de la siguiente manera:

Puntuación z = valor observado - valor de la media del referente / desviación estándar del referente

Calculado el valor z , se agruparon los mismos para observar la distribución de los casos de acuerdo con su situación de crecimiento y estado nutricional. De acuerdo con la clasificación para el crecimiento físico y estado nutricional, se agruparon los puntos de corte considerando las cinco categorías propuesta por Frisancho (1990) (cuadros 2 y 3).

Tomando en cuenta que el cuerpo humano es un reflejo de las manifestaciones biológicas, históricas y socioculturales, el presente trabajo de investigación pretende mostrar una aproximación bioantropológica a los cambios que suceden en el proceso de crecimiento físico y estado nutricional que se expresan por las experiencias vividas en una población que experimenta lo que Popkin llamó “transición nutricional” (Popkin 2005).

EVALUACIÓN DE VARIABLES E ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS

Las variables que brindan información sobre el tamaño corporal, crecimiento de tipo general y lineal, así como la masa corporal son la estatura, el peso y el IMC, respectivamente. Tomando en cuenta como rango de normalidad estadística todos los valores que se ubiquen entre ± 1.645 , según los valores agrupados por el referente de Frisancho (1990), los resultados de los promedios y de las puntuaciones z de la estatura, peso e IMC reflejan que las tendencias de todas las cohortes, tanto en niñas como en niños se encuentran dentro del rango de normalidad estadística. En los cuadros 4, 5 y 6 se presenta la distribución de los casos en la evaluación nutricional para la estatura, peso e IMC, respectivamente.

En la variable relacionada con el crecimiento lineal, la estatura, los resultados reflejaron que 53 % de las niñas (70 casos) y 47 % de los niños

visto como la “norma” o la meta de lo que debe ser un buen crecimiento físico y estado nutricional (OMS 1995b).

(62 casos) se ubicaron en el promedio del referente antropométrico de Frisancho (1990). Asimismo, 54.5 % de las niñas (60 casos) y 45.5 % de los niños (50 casos) se situaron bajo el promedio. Mientras que 60.1 % (128 casos) y 39.9 % (85 casos) de niñas y niños, respectivamente, evidenciaron baja estatura en relación con la normalidad estadística. En cuanto a la clasificación vinculada con la estatura alta, sólo se detectaron tres casos sobre el referente estadístico utilizado (cuadro 4).

En cuanto al peso (cuadro 5), variable vinculada con la distribución total de las reservas energéticas del cuerpo, se encontró que 97 casos de las niñas y 84 de los niños presentaron bajo peso para la edad, representando así un 30.5 % del total de casos bajo el promedio y 8.9 % de los casos con bajo peso. En cuanto al promedio, 59.2 % de las niñas y 40.8 % de los niños se ubicaron dentro de dicha clasificación nutricional, mientras que sólo 4 % de los casos evaluados presentaron peso alto para la edad.

Asimismo, la relación del peso con la estatura, indicador de desnutrición o sobrepeso u obesidad en los sujetos, evidenciada en el IMC (cuadro 6), indicó que 18 casos en niñas y 12 casos en niños, 11 % del total de ambas clasificaciones, presentaron un peso bajo para la estatura. Mientras que el promedio del total (64.3 % niñas y 35.7 % niños) de casos analizados se situó en dicha clasificación nutricional. Aparentemente 56 sujetos del total de casos analizados reflejan sobrepeso u obesidad.

En las variables vinculadas a las reservas energéticas en el área del brazo (muscular, grasa y suma de pliegues), los datos se presentaron como se observa en los cuadros 7, 8 y 9.

En cuanto al área muscular, 61.7 % de las niñas y 38.3 % de los niños aparentan tener desgaste muscular, mientras que 15.8 % del total de sujetos se ubicaron bajo el promedio de la clasificación. Por otro lado, 49 % de las niñas y 50.3 % de los niños se situaron dentro del promedio de normalidad estadística. Finalmente, 16.4 % del total de individuos analizados se ubicaron sobre el promedio de la clasificación o reflejaron aparente buena nutrición (cuadro 7).

En el cuadro 8, el índice relacionado con el área grasa muestra que la acumulación grasa en la región del brazo en 228 niñas (56.4 %) y 176 niños (43.6 %) se situó en el promedio de la clasificación antropométrica. Por otro lado, 18 casos en niñas y 9 en niños presentaron desgaste en la región del brazo o poca acumulación grasa. En contraste, 5.6 % del total de los sujetos evaluados evidenciaron exceso en la acumulación grasa.

Cuadro 4. Clasificación nutricional para la estatura por sexo y caso según el referente de Frisancho

Escolares de 6 a 13 años de edad de Ixhuatlancillo, Veracruz			Sexo		Total
			Niñas	Niños	
Estatura	Bajo	Número de casos	128	85	213
		Porcentaje por clasificación nutricional	60.1 %	39.9 %	100 %
		Porcentaje por sexo	49.4 %	42.7 %	46.5 %
	Bajo el promedio	Número de casos	60	50	110
		Porcentaje por clasificación nutricional	54.5 %	45.5 %	100 %
		Porcentaje por sexo	23.2 %	25.1 %	24 %
	Promedio	Número de casos	70	62	132
		Porcentaje por clasificación nutricional	53 %	47 %	100 %
		Porcentaje por sexo	27 %	31.2 %	28.8 %
	Sobre el promedio	Número de casos	0	1	1
		Porcentaje por clasificación nutricional	0 %	100%	100 %
		Porcentaje por sexo	0 %	0.5 %	0.2 %
	Alto	Número de casos	1	1	2
		Porcentaje por clasificación nutricional	50 %	50 %	100 %
		Porcentaje por sexo	0.4 %	0.5 %	0.4 %
Total		Número de casos	259	199	458
		Porcentaje por clasificación nutricional	56.6 %	43.4 %	100 %
		Porcentaje por sexo	100 %	100 %	100 %

Cuadro 5. Clasificación nutricional para el peso por sexo y caso según el referente de Frisancho

Escolares de 6 a 13 años de edad de Ixhuatlancillo, Veracruz			Sexo		Total
			Niñas	Niños	
Peso	Bajo	Número de casos	24	17	41
		Porcentaje por clasificación nutricional	58.5 %	41.5 %	100 %
		Porcentaje por sexo	9.2 %	8.5 %	8.9 %
	Bajo el promedio	Número de casos	73	67	140
		Porcentaje por clasificación nutricional	52.1 %	47.9 %	100 %
		Porcentaje por sexo	28.1 %	33.7 %	30.5 %
	Promedio	Número de casos	154	106	260
		Porcentaje por clasificación nutricional	59.2 %	40.8 %	100 %
		Porcentaje por sexo	59.2 %	53.3 %	56.6 %
	Sobre el promedio	Número de casos	6	3	9
		Porcentaje por clasificación nutricional	66.7 %	33.3 %	100 %
		Porcentaje por sexo	2.3%	1.5 %	2 %
	Alto	Número de casos	3	6	9
		Porcentaje por clasificación nutricional	33.3 %	66.7 %	100 %
		Porcentaje por sexo	1.2%	3 %	2 %
	Total	Número de casos	260	199	459
		Porcentaje por clasificación nutricional	56.6 %	43.4 %	100 %
		Porcentaje por sexo	100 %	100 %	100 %

Cuadro 6. Clasificación nutricional para el IMC por sexo y caso según el referente de Frisancho

Escolares de 6 a 13 años de edad de Ixhuatlancillo, Veracruz			Sexo		Total
			Niñas	Niños	
IMC	Bajo	Número de casos	3	5	8
		Porcentaje por clasificación nutricional	37.5 %	62.5 %	100 %
		Porcentaje por sexo	1.2 %	2.5 %	1.7 %
	Bajo el promedio	Número de casos	16	27	43
		Porcentaje por clasificación nutricional	37.2 %	62.8 %	100 %
		Porcentaje por sexo	6.2 %	13.5 %	9.3 %
	Promedio	Número de casos	205	148	353
		Porcentaje por clasificación nutricional	58.1 %	41.9 %	100%
		Porcentaje por sexo	78.8 %	74 %	76.7 %
	Sobre el promedio	Número de casos	18	10	28
		Porcentaje por clasificación nutricional	64.3 %	35.7 %	100 %
		Porcentaje por sexo	6.9 %	5 %	6.1 %
	Alto	Número de casos	18	10	28
		Porcentaje por clasificación nutricional	64.3 %	35.7 %	100 %
		Porcentaje por sexo	6.9 %	5 %	6.1 %
Total	Número de casos	260	200	460	
	Porcentaje por clasificación nutricional	56.5 %	43.5 %	100 %	
	Porcentaje por sexo	100 %	100 %	100 %	

Cuadro 7. Clasificación nutricional para área muscular del brazo por sexo y caso según el referente de Frisancho

Escolares de 6 a 13 años de edad de Ixhuatlancillo, Veracruz			Sexo		Total
			Niñas	Niños	
Área muscular	Desgaste muscular	Número de casos	100	62	162
		Porcentaje por clasificación nutricional	61.7 %	38.3 %	100 %
		Porcentaje por sexo	38.9 %	31.2 %	35.5 %
	Bajo el promedio	Número de casos	38	34	72
		Porcentaje por clasificación nutricional	52.8 %	47.2 %	100 %
		Porcentaje por sexo	14.8 %	17.1 %	15.8 %
	Promedio	Número de casos	73	74	147
		Porcentaje por clasificación nutricional	49.7 %	50.3 %	100 %
		Porcentaje por sexo	28.4 %	37.2 %	32.2 %
	Sobre el promedio	Número de casos	11	6	17
		Porcentaje por clasificación nutricional	64.7 %	35.3 %	100 %
		Porcentaje por sexo	4.3 %	3 %	3.7 %
	Alta musculatura: Buena nutrición	Número de casos	35	23	58
		Porcentaje por clasificación nutricional	60.3 %	39.7 %	100 %
		Porcentaje por sexo	13.6 %	11.6 %	12.7 %
Total		Número de casos	257	199	456
		Porcentaje por clasificación nutricional	56.4 %	43.6 %	100 %
		Porcentaje por sexo	100 %	100 %	100 %

Cuadro 8. Clasificación nutricional para área grasa del brazo por sexo y caso según el referente de Frisancho

Escolares de 6 a 13 años de edad de Ixhuatlancillo, Veracruz			Sexo		Total
			Niñas	Niños	
Área grasa del brazo	Desgaste	Número de casos	3	5	8
		Porcentaje por clasificación nutricional	37.5 %	62.5 %	100 %
		Porcentaje por sexo	1.2 %	2.5 %	1.7 %
	Bajo el promedio	Número de casos	16	4	20
		Porcentaje por clasificación nutricional	80 %	20 %	100 %
		Porcentaje por sexo	6.2 %	2 %	4.4 %
	Promedio	Número de casos	228	176	404
		Porcentaje por clasificación nutricional	56.4 %	43.6 %	100 %
		Porcentaje por sexo	88.4 %	88 %	88.2 %
	Sobre el promedio	Número de casos	7	6	13
		Porcentaje por clasificación nutricional	53.8 %	46.2 %	100 %
		Porcentaje por sexo	2.7 %	3 %	2.8 %
	Exceso de grasa	Número de casos	4	9	13
		Porcentaje por clasificación nutricional	30.8 %	69.2 %	100 %
		Porcentaje por sexo	1.6 %	4.5 %	2.8 %
Total		Número de casos	258	200	458
		Porcentaje por clasificación nutricional	56.3 %	43.7 %	100 %
		Porcentaje por sexo	100 %	100 %	100 %

Cuadro 9. Clasificación nutricional para la suma de pliegues (tricipital y subescapular) por sexo y caso según el referente de Frisancho

Escolares de 6 a 13 años de edad de Ixhuatlancillo, Veracruz			Sexo		Total	
			Niñas	Niños		
Suma de pliegues: tricipital y subescapular	Desgaste	Número de casos	1	0	1	
		Porcentaje por clasificación nutricional	100 %	0 %	100 %	
		Porcentaje por sexo	.4 %	0 %	.2 %	
	Promedio	Número de casos	236	180	416	
		Porcentaje por clasificación nutricional	56.7 %	43.3 %	100 %	
		Porcentaje por sexo	91.5 %	90 %	90.8 %	
	Sobre el promedio	Número de casos	14	7	21	
		Porcentaje por clasificación nutricional	66.7 %	33.3 %	100 %	
		Porcentaje por sexo	5.4 %	3.5 %	4.6 %	
	Exceso de grasa	Número de casos	7	13	20	
		Porcentaje por clasificación nutricional	35 %	65 %	100 %	
		Porcentaje por sexo	2.7 %	6.5 %	4.4 %	
	Total		Número de casos	258	200	458
			Porcentaje por clasificación nutricional	56.3 %	43.7 %	100 %
			Porcentaje por sexo	100 %	100 %	100 %

Finalmente, la suma de los pliegues tricipital y subescapular reflejó que un 0.2 % aparentemente presenta desgaste en la región del brazo, mientras que 90.8 % del total de los sujetos analizados se ubicó dentro del promedio de la clasificación antropométrica. Por otro lado, 9.2 % del total de los casos evidenció posible aumento en la acumulación grasa al situarse sobre el promedio de la normalidad estadística (cuadro 9).

CONCLUSIONES

Al evaluar los datos antropométricos de los menores se observó que, si bien al comprar la mayor parte de las variables analizadas con el estándar antropométrico de Frisancho (1990), se ubicaron dentro de los rangos de normalidad estadística, existían casos que evidenciaron mayor peso y acumulación grasa con relación a la edad. Así pues, un posible problema nutricional podría verse evidenciado en los menores evaluados en varios indicadores relacionados al estado nutricional, como el peso, IMC, suma de pliegues, así como las áreas muscular y grasa del brazo, lo que en la edad adulta se traduciría en sobrepeso u obesidad, malnutrición vinculada con patologías, como la diabetes mellitus e hipertensión arterial, entre otras enfermedades crónicas no transmisibles.

Las modificaciones en el crecimiento físico y composición corporal reflejan los cambios en la alimentación en la que los sujetos evidencian un alto consumo calórico y exceso de carbohidratos, sobre todo casos con sobrepeso/obesidad, así como exceso en la acumulación grasa en la región del brazo y tronco en la parte superior del cuerpo. Parte de esta problemática debió presentarse durante el cuidado infantil en los primeros años de vida caracterizada por una dieta inadecuada para el preescolar. Se trata de un fenómeno asociado a la transición nutricional que viven estas comunidades debido a los cambios socioeconómicos que impactan a sus miembros. Hay que recordar que la alimentación de todo individuo es el reflejo de las respuestas externas que promueven la elección de cierto tipo de alimentos, por ejemplo, el consumo de alimentos de fácil acceso y bajo costo.

Dadas las circunstancias sociales de la población, es posible asumir que los casos de sobrepeso/obesidad que presentan los menores están dados además por la coexistencia nutricional en que se consumen alimentos de tipo “occidentalizado” –de consumo rápido y bajo costo– con los de tipo tradicional. En sí mismo es un fenómeno que implica

modificaciones biológicas influenciadas por procesos sociales insertos dentro de la globalidad, como es el caso de la migración.

La dieta es una respuesta a las conductas alimenticias aprendidas culturalmente, y es la madre la que generalmente provee al infante de los alimentos necesarios para un buen crecimiento y estado nutricional. En el caso de que el cuerpo experimente restricción en el consumo de alimentos por un periodo de tiempo, el balance energético del mismo se alcanza a través de la separación en la regulación, en primer lugar, de carbohidratos, luego las grasas y por último, el balance de proteínas. Es posible que aquellos sujetos con predisposición genética al sobrepeso/obesidad sean los que presenten mayor aumento en el mismo. Por lo tanto, la modificación en la composición corporal en los menores no sólo se debe a la alimentación y la dieta culturalmente aprendida.

REFERENCIAS

- BEATON, G., A. NELLY, R. KEVANY, R. MARTORELL Y J. MASON
1990 *Appropriate uses of anthropometric indices in children*, Organización de las Naciones Unidas, Ginebra.
- COLE, TIM J.
2002 "Growth references and standards", N. Cameron (ed.), *Human growth and development*, Academic Press, San Diego: 139-165.
- CORRO, SALVADOR
1993 [en línea] "El 91.9% de la población no cubre sus necesidades: Vertiginoso crecimiento de la pobreza en el sexenio", *Proceso*, 13 de marzo, <<http://www.proceso.com.mx/?p=161280>> [consulta: 2 de junio de 2002].
- FRISANCHO, ROBERT A.
1990 *Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status*, University of Michigan Press, Ann Arbor.
- GONZÁLEZ BARRANCO, J., J. J. LARA GALLEGOS Y H. ÁVILA ROSAS
2002 "Concepto, definición y diagnóstico", L. Vargas Ancona, R. Bastarrachea Sosa, H. Laviana Molina, J. González Barranco y H. Ávila Rosas (eds.), *Obesidad: consenso*, McGraw Hill, México: 25-41.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI)

- 2000 [en línea] *XII Censo general de población y vivienda*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Aguascalientes, <<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/cpv2000/default.aspx>> [consulta: 10 de junio de 2002].

INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA (INI)

- 1990 [en línea] *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México, 1990*, Instituto Nacional Indigenista, México, <<http://www.ini.gob.mx/indica2000/ver01.html>> [consulta: 15 de julio de 2002].

KALICHMAN, LEONID, GREGORY LIVSHITS Y EUGENE KOBYLIANSKY

- 2006 “Indices of body composition and chronic morbidity: A cross-sectional study of a rural population in central Rusia”, *American Journal of Human Biology*, 18 (3): 350-358.

LOHMAN, TIMOTHY G., ALEX F. ROCHE Y REYNALDO MARTORELL

- 1988 *Anthropometric standarization reference manual*, Human Kinetics, Champaign.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

- 1986 “Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status”, *Bulletin of the World Health Organization*, 64 (6): 929-941.
- 1995a *El estado físico: Uso e interpretación de la antropometría*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- 1995b *Physical status: The use and interpretation of anthropometry*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

POPKIN, BARRY

- 2005 “Using research on the obesity pandemic as a guide to a unified vision of nutrition”, *Public Health Nutrition*, 8 (6A): 724-729.

ROCHE, ALEX Y SHUMEI SUN

- 2003 *Human growth: Assessment and interpretation*, Cambridge University Press, Nueva York.

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL (SEDESOL)

- 2001 [en línea] *Perfil de los pueblos indígenas de México*, Secretaría de Desarrollo social, México <http://www.sedesol.gob.mx/perfiles/nacional/01_introduccion.html> [consulta: 11 de diciembre de 2001].

SHETTY, PRAKASH

2006 "Malnutrition and undernutrition", *Medicine*, 34 (12): 524-529.

WATERLOW, JOHN C.

1995 *Malnutrición proteico-energética*, Organización Panamericana de la Salud, Washington.

ZEMEL, BABETTE

2002 "Body composition during growth and development", N. Cameron (ed.), *Human growth and development*, Academic Press, San Diego: 271-293.

CONDICIONES DE VIDA, SALUD E IMAGEN CORPORAL EN IXHUATLANCILLO, VERACRUZ

Rafael Pascual Ayala

Posgrado en Antropología, UNAM

Marco Antonio Cardoso Gómez

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Carlos Serrano Sánchez

Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM

Gloria Marina Moreno Baena

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

INTRODUCCIÓN

En este escrito se presentan resultados de una línea de investigación que data desde 1998, la cual está integrada por diferentes proyectos,¹ apoyados por la Dirección General Asuntos del Personal Académico

¹ -Factores culturales que condicionan el tratamiento de la diabetes tipo 2 en una zona de Ciudad Nezahualcóyotl (PASPA-DGAPA), estudio para tesis de Doctorado en Antropología. Responsable: Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez, profesor investigador de la FES Zaragoza, UNAM.

-Del altépetl a la urbe. Población y cultura indígenas en la región de Orizaba (PAPIIT IN 300400). Responsable: Dr. Carlos Serrano Sánchez, investigador del IIA, UNAM.

-Antropología de la región de Orizaba. Población, cultura y salud (PAPIIT IN 307603). Responsable: Dr. Carlos Serrano Sánchez, investigador del IIA, UNAM.

-Yanga. Cultura y salud en una comunidad afromestiza de México (PAPIIT IN 308406-2). Responsable: Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez, profesor investigador de la FES Zaragoza, UNAM.

(DGAPA) y desarrollados dentro del marco de colaboración entre la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES Zaragoza) y el Instituto de Investigaciones Antropológicas (IIA), ambas, dependencias de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Los proyectos se realizaron en diferentes localidades disímboles: Ciudad Nezahualcóyotl, comunidad urbano-marginal del Estado de México, Ixhuatlancillo y Tlaquilpa, comunidades indígenas nahuas, y en Mata Clara y El Manantial, comunidades afroestizas del municipio de Cuitláhuac, las cuatro últimas del estado de Veracruz.

Se eligieron estas comunidades con el objetivo de compararlas entre sí, para con base en el análisis de sus similitudes y diferencias, formular una respuesta a por qué las personas con diabetes no se adhieren al plan de tratamiento biomédico para el control de su enfermedad, dado que, como indica Mercado (1996), se cuenta con los conocimientos científicos y la tecnología necesarios para tal efecto.

Algunos de los resultados generados en estos proyectos ya han sido publicados en revistas científicas (Cardoso 2005, 2006; Cardoso *et al.* 2008), y con el propósito de extender su difusión se presenta una reseña de ellos, con la esperanza de ofrecer al lector elementos que amplíen su comprensión de una enfermedad nacional: la diabetes.

-El impacto de la medicina tradicional en Mata Clara y El Manantial, dos comunidades afroestizas de Veracruz México: huesero, sobador, hierbero, brujo, curandero naturista (PAPIIT IN 306308-3). Responsable: Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez, profesor investigador de la FES Zaragoza, UNAM.

-“La experiencia de vivir con una enfermedad crónica en una comunidad indígena”, tesis de licenciatura. Responsable: Mtro. Rafael Pascual Ayala, profesor de la FES Zaragoza, UNAM.

-“Repercusiones de la diabetes y la zafra en la salud de los cortadores de caña de Mata Clara y El Manantial, comunidades afroestizas del municipio de Cuitláhuac, Veracruz”, tesis de maestría. Responsable: Mtro. Rafael Pascual Ayala, profesor de la FES Zaragoza, UNAM.

-“El impacto de la medicina tradicional en zonas rurales de México: el caso de los hueseros en dos comunidades de Veracruz. Un estudio cualitativo”, tesis doctoral. Responsable: Mtro. Rafael Pascual Ayala, profesor de la FES Zaragoza, UNAM.

DIABETES: UN PROBLEMA DE SALUD CONTEMPORÁNEO

La diabetes era una enfermedad rara en el nuevo mundo hasta principios del siglo XX (Alvarado *et al.* 2001). Sin embargo, en las últimas décadas y especialmente en el continente americano, ha mostrado un incremento progresivo en cuanto a incidencia y prevalencia (Rodríguez *et al.* 2003), motivo por el cual organismos nacionales e internacionales de atención a la salud en América Latina y el Caribe centran su atención en esta enfermedad, otras razones son (OPS 2005):

- Afecta a entre 10 y 15 % de la población adulta.
- Está relacionada con un alto riesgo de mortalidad prematura.
- Aumenta la morbilidad por complicaciones crónicas.
- Se espera que para el año 2025 el número de personas con diabetes alcance los 65 millones en esta región.

En México la diabetes es una enfermedad que puede llegar a convertirse en una epidemia (Secretaría de Salud 2003). Su prevalencia es una de las más altas del mundo, 10.7 % en individuos de entre 20 y 69 años, siendo el grupo más afectado el de personas en edad productiva. En total la población mexicana de diabéticos fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones (Federación Mexicana de Diabetes 2007). Por lo anterior, nuestro país ocupa el noveno lugar mundial en incidencia de esta enfermedad y, de seguir la tendencia actual, para 2025 se ubicará en el séptimo sitio (Secretaría de Salud 2002).

Se debe subrayar que desde el año 2000 se colocó esta enfermedad como la primera causa de mortalidad general (Sistema Nacional de Información en Salud 2008) y representa la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, uno de los fundamentales motivos de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de las instituciones públicas con alrededor de 20 % del presupuesto asignado (Secretaría de Salud 2007).

El panorama anterior hace evidente que las estrategias de atención a esta enfermedad no están cumpliendo las expectativas con las que fueron creadas. Una posible explicación a esto es que, habitualmente, en el tratamiento de la diabetes se han soslayado las condiciones culturales en las que vive la persona que la padece (Cardoso 2006); además, dentro del tratamiento médico institucional, se califica a los pacientes

como desobedientes, negligentes, necios o irracionales (Mercado 1996; Cardoso 2000), culpándolos de su condición, pues podrían controlar su enfermedad mediante dieta balanceada, ejercicio físico y medicamentos como auxiliares (Secretaría de Salud 2001).

CULTURA: LA FORMA DE COMPORTARNOS EN EL MUNDO

Mediante su cultura, cada pueblo organiza su realidad de manera específica y sus miembros se convencen de que ésta es la única visión correcta del universo. Esa organización se da en respuesta a problemas apremiantes y abrumadores (LeShan y Margenau 1996).

De acuerdo con Harris (2004), por “cultura” se entiende “el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar”. Para Puga y colaboradores (2003), la cultura permite que los grupos sociales respondan a los retos de la sobrevivencia y que se expliquen a sí mismos y a los demás su entorno, su pasado, su presente y su futuro y, como señalan Natera y Mora (2000), mediante un sistema de significados, guía la acción, la experiencia y la conducta social.

En consecuencia, la cultura, mediante un proceso simbólico e interpretativo construye la subjetividad de los individuos y dirige sus acciones (Lara *et al.* 2000), configurando y determinando el comportamiento de las personas, haciendo que actúen conforme a ciertos valores y creencias para garantizar la cohesión y continuidad de un orden social (Durkheim 1982), lo que a su vez asegura la supervivencia de esa comunidad.

La cultura y el cuerpo

A pesar de la manifiesta unicidad del organismo humano, sus imágenes se multiplican en la diversidad de las culturas y cada comunidad tiene su propia idea del cuerpo (López Austin 1980). El cuerpo humano está relacionado íntimamente con el contexto sociocultural y el universo ideológico particular, por ello sintetiza la comprensión del universo de una cultura (Aguado 2004).

El simbolismo corporal pone de manifiesto la expresión de la experiencia colectiva, de la cultura en la que se halle involucrado; el cuerpo es un símbolo de la sociedad y reproduce en pequeña escala

las potencialidades y los peligros que acechan al sistema (Acuña 2001), pues el cuerpo biológico es también un cuerpo simbólico que no sólo está compuesto por órganos, sino también por las representaciones culturales (Cuestas 2006). Para Merleau-Ponty (citado en Acuña 2001), en el cuerpo no sólo se recapitulan, en todas sus partes, las significaciones de las cosas y de los seres que percibe y sobre los cuales obra, sino que además está en el origen de todos los otros símbolos, pues es el punto de referencia permanente de ellos, por lo tanto, sólo se puede hablar del cuerpo a través de la diversidad de los discursos simbólicos formulados por cada cultura.

De acuerdo con Buñuel (1994), el cuerpo ocupa un valor central, se utiliza como signo de estatus y como vehículo mediático para vender las más variadas mercancías. El cuerpo, además de un hecho biológico, es un territorio cargado de representaciones en donde permanentemente se construyen y deconstruyen imágenes culturales, donde se deja notar el espacio y el tiempo y donde se proyectan señas de identidad y de alteridad.

Así, el cuerpo es un símbolo de la cultura y de la sociedad en donde nos hallamos inmersos. Pensar y entender el cuerpo nos aproxima a la comprensión del mundo que nos envuelve, a la realidad simbólica que, junto con la pura carnalidad, forma parte de nuestro ser, dándole sentido a la materia (Acuña 2001).

El cuerpo humano como realidad inmediata es un cuerpo significado, una estructura dinámica en la que se tejen de forma compleja los procesos fisiológicos con los simbólicos y que de hecho no son distinguibles más que con fines analíticos, es un producto cultural e histórico que a través de la imagen corporal simboliza la identidad; es decir, el cuerpo humano, desde la perspectiva de la significación cultural, es el eje donde se articulan los procesos públicos y privados, lo único y lo comunitario, lo personal y lo social (Aguado 2004).

La imagen corporal es, desde la perspectiva ideológica, la institución de la identidad, es a la vez medio y fin de la cultura, sujeto y objeto privilegiado en el proceso recíproco a través de la cual los individuos se incorporan a la cultura y la cultura pasa a formar parte integrante del sujeto (Aguado 2004). En cada grupo existe un patrón cultural del cuerpo que adscribe a cada sujeto y que permite reclutar sistemáticamente a los individuos de la siguiente generación. Este patrón sintetiza los elementos de la cultura del grupo y su cosmovisión, particularmente

los estilos relacionales que se recrean entre los seres humanos y entre éstos con su medio (Aguado 2004).

Por todo lo anterior podemos decir que el cuerpo humano no es sólo una porción de materia que ocupa un espacio, sino que es, primordialmente, una corporeidad, es decir, un cuerpo simbólico que representa la cultura del grupo en que se encuentra.

En las siguientes páginas se pretende mostrar la relación existente entre el cuerpo como símbolo de la cultura y el tratamiento de la diabetes en Ixhuatlancillo, comunidad indígena nahua del estado de Veracruz, donde las mujeres enfermas hacen caso omiso de las consecuencias de su enfermedad, por tanto, tampoco recurren al tratamiento médico o desisten de él, pues tienen motivos internos y externos que las conducen a ello, y no por desobediencia, negligencia, necedad o irracionalidad.

DEL MUNDO DE LOS IXHUATECOS Y SUS COSTUMBRES

Ixhuatlancillo es un municipio de Veracruz que colinda con Orizaba. El historiador García Márquez (2003) señala la probabilidad de que sus habitantes sean descendientes de los tlaxcaltecas fundadores de Ixhuatlán, sitio de donde huyeron al principio de la dominación española y al cual fueron retornados en 1601. Allí vivieron hasta que se asentaron en Ixhuatlán del Monte durante el siglo XIX, hoy en día Ixhuatlancillo.

En general los ixhuatecos dejaron de ser agricultores para dedicarse al comercio, razón por la cual viajan a diferentes lugares del país e inclusive a los Estados Unidos y Canadá, donde venden sus productos (Pascual 2005); algunos varones trabajan realizando actividades como la albañilería y algunas mujeres se ocupan en aseo doméstico. En término medio, la estatura es de 1.60 cm; las mujeres son un poco más bajas que los hombres (Cardoso 2005).

Dos de las enfermedades íntimamente relacionadas y de mayor frecuencia en este municipio son la obesidad y la diabetes. Actualmente sólo 47 % de la población presenta un estado de nutrición normal y el 53 % restante tiene sobrepeso y obesidad. El sobrepeso se debe principalmente a su alimentación, pues el consumo de azúcar, grasas de origen animal, pastas y productos industrializados es elevado y, en desproporción, es escaso el consumo de frutas y verduras (González y Ochoa 2003).

En su mayoría, las niñas son delgadas (Sanabria y Monsalve 2003); sin embargo, para la época en que empiezan a aspirar al matrimonio

suben de peso. Las madres promueven en sus hijas esta conducta, debido a que con ella se ajustan a las normas y valores preestablecidos en su cultura, pues como señala Cardoso (2005), para los ixhuatecos el patrón de atracción física femenina es: “chaparritas, morenitas”, anchas de cadera y con busto grande. Las mujeres conocen estos parámetros que conforman y configuran su imagen corporal y no sólo los aceptan sino hasta los promueven. Así, en las mujeres adultas predomina el sobrepeso.

Las ixhuatecas, entre más se acercan físicamente a esta imagen corporal, se saben y sienten más atractivas, por lo que incluso la vestimenta que utilizan favorece que resalten estas características. Los varones se sienten orgullosos de que su mujer manifieste más prominentemente sus atributos.

La diabetes en Ixhuatlancillo, al igual que en los demás municipios y estados del país, ha evolucionado notablemente en los últimos años. Cabe señalar que Veracruz es el estado de la República Mexicana que cuenta con mayor número de personas con diabetes: la padece 16.1 % de su población de más de 20 años de edad y genera una mayor mortalidad en la población femenina de 53 % (Federación Mexicana de Diabetes 2006).

Imagen corporal y economía

En el pasado la población ixhuateca se dedicó a la agricultura. La forma de “ganarse la vida” era trabajando el cerro. Por lo regular la familia completa subía al cerro: padre, madre, hijos e hijas. Después de una jornada de trabajo, los varones adultos regresaban cargando en la espalda en promedio 150 kg y las mujeres 75 kg, por tanto, para soportar estas prácticas cotidianas debían consumir alimentos con alto contenido de grasas y carbohidratos (Cardoso *et al.* 2008).

En 1975 se registró un temblor en la zona que produjo derrumbes en el cerro:

Todo se movía bien feo. Muchas de las casitas que había por aquí se cayeron, el cerro se cayó, y de ahí todo cambió: ya no se podía sembrar porque en la tierra había muchas piedras; creo que los animales se espantaron porque se perdieron o se murieron, ya ni había animales pa’ sacar leche [producto que también vendían entre la gente del pueblo o en la ciudad de Orizaba]. Muchos se fueron a vivir lejos porque les dio miedo. Los que nos quedamos ya no teníamos dónde trabajar, nos la vimos muy dura.

Con este acontecimiento los ixhuatecos tuvieron que cambiar su principal actividad económica, dejaron de ser agricultores, para volverse comerciantes. Sin embargo, los hábitos alimentarios no se modificaron. Algunos varones comenzaron a ocuparse en la albañilería o en otras actividades fuera de su comunidad, las mujeres se vieron en la necesidad de trabajar para ayudar con los gastos de sus hogares: “Mi señora empezó a lavar ropa a gentes de Orizaba, pero le pagaban muy poquito, cinco pesos por cubeta. Luego se llevaba unas plantitas y las vendía y pu’s ya traía más dinerito”.

Las ixhuatecas, además de lavar ropa ajena, comenzaron a vender plantas de ornamento que sembraban en sus terrenos o en las partes del cerro que no se vieron tan afectadas con el temblor. También comercializaban artesanías que ellas mismas producían, tejidos, adornos para el hogar, etc., y se percataron de que con esta actividad su ingreso económico aumentaba: “Ya teníamos siquiera pa’ comer. luego en veces ella tenía dinero que ocupábamos en otras cosas, como medicinas, y hasta me regaló un pantalón. Yo le empecé a ayudar a sembrar sus plantitas o iba a cortar café pa’ que también lo vendiera y pu’s ya, aunque sea un poco, pero nos iba mejor”.

El vestido tradicional de las ixhuatecas se compone de cuatro piezas: blusa blanca con algunos bordados de hilo, de colores discretos, como el azul cielo; falda de color azul oscuro, casi negro; fondo blanco con tejidos en su extremo inferior, que sobresalen de la falda, y una faja de tela que se enrollan en la cintura, la cual era utilizada para sujetar los objetos que cargaban cuando subían al cerro.

Esta vestimenta ha sufrido modificaciones, conserva la forma original pero cambiaron los colores: comenzaron a vestirse con colores fuertes, llamativos, el azul oscuro fue sustituido por colores pastel, verde, azul, rosa; de igual forma los bordados se hicieron más grandes y también se sustituyeron los colores formales por otros más encendidos. Estos cambios están relacionados con la intención de atraer más gente a comprar sus productos, pues aunado a su complejidad corporal, la “nueva” vestimenta parecía acercar a más clientes interesados en sus productos, además de que satisfizo la necesidad de distinguirse de otros grupos comerciantes, forjándose una identidad propia: la comerciante ixhuateca.

Hoy en día, utilizando estas estrategias de venta, comercian sus productos en gran parte de la República Mexicana, incluso en el extranjero. Las mujeres son las encargadas de las ventas, ellas manejan

el dinero, los varones únicamente las acompañan, juegan el papel de protectores, es común verlos cuidando la mercancía, las camionetas en que se transportan, los lugares de venta, pero no se involucran en la compra-venta de los productos. Al preguntar a algún varón por los productos que se encuentran en exhibición para su venta, aluden: “Yo no sé de eso, ella es la que sabe, pregúntele a ella”; también si algún cliente quiere regatear el costo de los artículos, debe hacerlo con las mujeres, pues son ellas las que autorizan o no la reducción de precios.

Imagen corporal y poder

Con esta nueva forma de trabajo, las relaciones de poder entre hombres y mujeres también se modificaron, el poder pasó a las mujeres. Antaño, cuando predominaba la agricultura, los hombres eran los encargados de la toma de decisiones familiares; actualmente las mujeres son las que lo hacen, son ellas quienes deciden qué es prioritario en el hogar, el tipo de construcción que se realizará en las casas, los muebles que comprarán, incluso, cuando su economía se los permite, la camioneta que adquirirán para el transporte de sus mercancías, qué negocio pondrán, etc.: “Mi señora es la que dice qué vamos a hacer, yo a veces también le digo pero ella decide”, y los varones aceptan las decisiones de las mujeres. Ahora son ellas las que eligen quiénes serán sus compadres, organizan y escogen cómo han de ser las fiestas, qué y cuánta comida habrá, cuánta cerveza y todo lo que se ha de ofrecer a los invitados, aunque en ocasiones dejan que los hombres organicen. Las mujeres jóvenes, para iniciar un noviazgo, deben pedir permiso a su madre, pues hoy en día se acostumbra que sea ella quien apruebe que las hijas inicien este tipo de relaciones, aun cuando el padre no se entere. Incluso, cuando los hijos deben salir de su comunidad, incluso por cuestiones de trabajo, son las madres las que otorgan el permiso: “Me dijo mi hijo el mayor que se quería ir pa’ Veracruz, que quiere ir a trabajar con un señor que vive por allá, y pu’s yo le dije: ‘Dile a tu mamá y si ella te deja, pu’s vete, yo qué puedo hacer’”.

También entre los adolescentes ixhuatecos se observa el empoderamiento femenino. Las adolescentes, al encontrarse involucradas en la venta de mercancías, logran una “independencia económica” que les permite tomar ciertas decisiones sobre su persona:

Yo fui al baile que se hizo en el Palacio [Municipal]. Como era mi cumpleaños, invité a todos mis amigos; al que es mi novio no, porque siento que me aburro. Ese día me gasté como veinte mil pesos porque les pagué las entradas a todos y adentro compré comida y cervezas de las que vendían. A uno de mis amigos le compré una chamarra y un sombrero.

En contraste, son pocos los adolescentes varones que se dedican a la venta de algún producto por su propia cuenta, casi todos los negocios son de sus madres o hermanas.

Imagen corporal y salud

En Ixhuatlancillo, al acto de comer se le ha dado varios usos con diferentes significados, entre los que destacan satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo, iniciar y mantener relaciones personales y de negocios, expresar relaciones de poder e individualidad, proclamar y demostrar la distintividad y pertenencia a su grupo, significar estatus social, recompensar o castigar, reforzar la autoestima y ganar reconocimiento, ejercer poder político y económico, entre otros.

Así, mediante el consumo de alimentos que están contraindicados en el tratamiento médico de la diabetes –azúcar, grasas de origen animal, pastas y productos industrializados–, la mujer ixhuateca se aproxima a la imagen corporal femenina, por lo que, al padecerla, ésta se encuentra en la disyuntiva de adherirse al plan de alimentación prescrito por el médico o mantener sus hábitos alimentarios.

Si bien deciden continuar con sus estilos de vida, no es por negligencia, necedad o irracionalidad, como suele calificárseles, pues, al adelgazar, aun cuando pueden retardar la aparición de las complicaciones propias de la enfermedad, lo que se pone en juego es la capacidad de atraer físicamente al sexo opuesto, conseguir pareja, sentirse bellas, pertenecer a su grupo, realizar sus labores comerciales, mantener el poder femenino, etc., pues la imagen corporal en la cultura ixhuateca determina, además de la belleza física, factores como la economía y las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Entonces, cuando las ixhuatecas desisten del tratamiento médico, lo que menos desean es sufrir complicaciones en su salud, lo que buscan es seguir con las prácticas que han representado la subsistencia en y como grupo, y que además son compatibles con sus valores culturales.

La alimentación, además de ser el recurso para lograr la imagen corporal impuesta por su cultura, es también el eje donde su vida gira, porque, como señala Vargas (2000), el estilo de alimentación como patrón cultural es uno de los elementos de cohesión y de identidad, pues prácticamente toda actividad social se construye en torno a la comida y, como menciona Cardoso (2006), la persona con diabetes debe enfrentar esta realidad.

Por tanto, la ixhuateca enferma, al intentar realizar un cambio en su estilo de alimentación, debe enfrentar una lucha de antemano perdida, porque serán más fuertes los mensajes centrales de su cultura que su fuerza de voluntad, su interés o la misma prescripción médica. Definitivamente, ella no puede comportarse de manera distinta a como está establecido en su cultura.

¿DESOBEDIENCIA, NEGLIGENCIA, NECEDAD O IRRACIONALIDAD?

En Ixhuatlancillo se han instrumentado diferentes iniciativas por parte de la Secretaría de Salud con el interés de ayudar a la comunidad a prevenir y controlar la diabetes; no obstante, la enfermedad sigue avanzando. Cardoso (2005) mostró que el tratamiento médico es antagónico con los patrones culturales imperantes en la comunidad y que, ante esas circunstancias, las enfermas de diabetes se encuentran en una disyuntiva: preservar su salud individual o subsistir y desarrollarse como ser humano dentro de una comunidad que les, exige y obliga a presentar comportamientos específicos determinados por las normas y valores preestablecidos en su cultura.

Privilegiar los alimentos que generalmente consumen tiene una clara explicación: de esa forma las mujeres se acercan a la imagen corporal marcada por su cultura. En cambio, seguir las indicaciones médicas las hace alejarse de ésta, generándoles una pérdida importante. Al adelgazar una mujer, si bien contribuye a regular sus niveles de glucosa en sangre, en contraparte, se expone a perder la oportunidad de crear una familia y procrear descendencia, de continuar con sus estrategias de venta, además de poner en riesgo el poder femenino que tienen en su comunidad. Aunque no las advierten propositivamente, las ixhuatecas están conscientes de estas condiciones, puesto que las prefieren sobre evitar las complicaciones de la diabetes. Sencillamente eligen proseguir con sus antiguos hábitos alimentarios ya que estos les

han permitido salvaguardar su supervivencia individual y colectiva y conservar su identidad con respecto a los otros grupos sociales, lo que hasta ahora les ha rendido un beneficio mayor.

Pretender llevar a cabo la prescripción médica conduce a las ixhuatecas a un conflicto en su percepción de la vida: hacer uso del tratamiento médico ayuda al control de la diabetes; sin embargo, en su perjuicio, las aleja de la imagen corporal establecida por su cultura y con ello de la oportunidad de conseguir marido y conformar una familia, además generan conflictos con su autoestima.

Durante el tratamiento médico se espera que las ixhuatecas enfermas de diabetes disminuyan el consumo de alimentos con alto contenido de grasas y carbohidratos, aunque tengan que bajar de peso. Se supone que deberían anteponer al sobrepeso el cuidado de su salud y evitar las atroces consecuencias de la diabetes, pues, en teoría, el temor a éstas debería motivarlas a seguir el tratamiento prescrito; sin embargo, continúan con las prácticas de su antiguo estilo de vida. Tal pareciera que predomina la desobediencia, negligencia, necesidad o irracionalidad en ellas. No obstante, de acuerdo con lo que indica Durkheim (1982): “En cada uno de nosotros, según proporciones variables, está el hombre de ayer, es el hombre de ayer quien, por la fuerza de las cosas, predomina en nosotros, pues el presente es bien poca cosa comparado con ese largo pasado durante el que nos hemos formado y del cual somos resultado”.

Por ende, no es prudente calificar la persistencia en la práctica del consumo de tales alimentos que las predisponen a la diabetes como negligencia, necesidad o irracionalidad, ya que:

[Dichas] prácticas no se pueden deducir de las condiciones presentes que pueden parecer haberlas suscitado ni de las condiciones pasadas que han producido el habitus, principio duradero de su producción. Sólo es posible explicarlas, pues, si se relacionan las condiciones sociales en las que se ha constituido el habitus que las ha engendrado, y las condiciones sociales en las cuales se manifiestan (Bourdieu 1991).

CONCLUSIONES

A pesar de los esfuerzos realizados por organizaciones sanitarias nacionales e internacionales, la prevalencia e incidencia de diabetes ha avanzado en el mundo entero, teniendo un gran impacto en América

Latina y el Caribe. En México se ubicó desde hace una década como la primera causa de muerte general.

Entre las razones por las cuales las estrategias de atención no han cubierto las expectativas se encuentra el no considerar la cultura de las personas enfermas, la cual condiciona comportamientos que pueden resultar favorables o contrarios a las propuestas de atención, aspecto que se vislumbra en el rechazo a los tratamientos médicos. Lo anterior se ejemplifica claramente en las mujeres de Ixhuatlancillo, Veracruz, pues al ser la base del tratamiento médico para la diabetes tanto la modificación de hábitos alimentarios como de ejercicio físico, su cuerpo se ve modificado, afectando la imagen corporal que tienen de sí mismas. Así, buscan evitar por todos los medios los cambios generados en el cuerpo como consecuencia de seguir el tratamiento médico, y que son percibidos como negativos, pues, como señalan, resulta peor el remedio que la enfermedad. Las ixhuatecas rechazan el tratamiento médico de la diabetes ya que al bajar de peso ponen en riesgo aspectos esenciales para la supervivencia de su comunidad: belleza, economía y poder, y no como se señala en el ámbito de la biomedicina, por desobediencia, negligencia, necesidad o irracionalidad.

Bajar de peso significaría ser incapaces de atraer al sexo opuesto, y con ello la oportunidad de crear una familia y procrear descendencia; abandonarían una de sus principales estrategias de mercadotecnia pues se valen de la imagen corporal y la vestimenta para atraer compradores de sus productos, distinguirse de otros grupos comerciantes, así como ser reconocidas en el mercado nacional e internacional; y ceder el dominio que en este momento tienen sobre los hombres al tener el control económico, con lo que dejarían de ser las encargadas de la toma de decisiones trascendentales para sus familias y la misma comunidad.

REFERENCIAS

ACUÑA DELGADO, ÁNGEL

- 2001 "El cuerpo en la interpretación de las culturas", *Venezuela. Boletín Antropológico*, 20 (51): 31-52.

AGUADO VÁZQUEZ, JOSÉ CARLOS

- 2004 *Cuerpo humano e imagen corporal. Notas para una antropología de la corporeidad*, Facultad de Medicina-Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

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

- 2001 “Prevalencia de la diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes”, *Salud Pública de México*, 43 (5): 459-463.

BOURDIEU, PIERRE

- 1991 *El sentido práctico*, Taurus, Madrid.

BUÑUEL HERAS, ANA

- 1994 “La construcción social del cuerpo de la mujer en el deporte”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68: 97-118.

CARDOSO GÓMEZ, MARCO ANTONIO

- 2000 “La confrontación cultural, factor determinante para el control de la diabetes mellitus tipo 2. Una perspectiva multidisciplinaria”, *Investigación en Salud*, II (2): 110-116.
- 2005 “La obesidad y el matrimonio como patrones culturales antagónicos al tratamiento médico institucional para el control de la diabetes en Ixhuatlancillo, Veracruz”, *Estudios de Antropología Biológica*, XII: 583-598.
- 2006 “La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos para el tratamiento médico de la diabetes. Cultura, dieta y diabetes”, *Cuicuilco*, 37 (13):129-147.

CARDOSO GÓMEZ, MARCO ANTONIO, RAFAEL PASCUAL AYALA Y CARLOS SERRANO SÁNCHEZ

- 2007 “Ixhuatlancillo, Veracruz: belleza, obesidad y diabetes. Una experiencia indígena nahua”, Carlos Serrano Sánchez y Marco Antonio Cardoso Gómez (eds.), *El Mediterráneo americano: población, cultura e historia. En homenaje a don Antonio Pompa y Pompa. XXVII Mesa Redonda de la Sociedad Mexicana de Antropología*, tomo II, Sociedad Mexicana de Antropología, México: 1 177-1 189.

CUESTAS, FEDRA

- 2006 [en línea] “¿Cómo es abordada la adolescencia?”, <http://psicologia.academia.cl/como_es_abordada_la_adolescencia.doc> [consulta: 18 de octubre de 2004].

DURKHEIM, ÉMILE

- 1982 *Historia de la educación y de las doctrinas pedagógicas: la evolución pedagógica en Francia*, La Piqueta, Madrid.

FEDERACIÓN MEXICANA DE DIABETES

- 2006 [en línea] “Página de la Federación Mexicana de Diabetes”, Federación Mexicana de Diabetes, <<http://www.fmdiabetes.com/www/noticias/noticias.asp?Id=20060306212755>> [consulta: 09 de abril de 2006].
- 2007 [en línea] “Diabetes en números”, Federación Mexicana de Diabetes, <<http://www.fmdiabetes.com/www/diabetes/dnumeros.asp>> [consulta: 08 de abril de 2007].

GARCÍA MÁRQUEZ, AGUSTÍN

- 2002 *Raíz y razón de Ixhuatlancillo*, Gobierno del Estado de Veracruz-Instituto Nacional Indigenista, México.

GONZÁLEZ SOBRINO, BLANCA ZOILA Y MARÍA ANTONIETA OCHOA OCAÑA

- 2003 “Genética y nutrición en dos poblaciones de la región de Orizaba, Veracruz”, *Estudios de Antropología Biológica*, XII: 93-101.

GUTIÉRREZ VÁZQUEZ, ISAURO, TERESA BURGUETE CABAÑAS, ROGELIO ZACARÍAS CASTILLO Y PILAR MATA MIRANDA

- 2006 [en línea] “Mortalidad por diabetes mellitus. Experiencia de 11 años en un hospital de segundo nivel”, *Salud Pública*, 6 (48): 445, <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/106/10648601.pdf>> [consulta: 19 de septiembre de 2008].

HARRIS, MARVIN

- 2004 *Antropología cultural*, Alianza, Madrid.

LARA FLORES, NORMA, SILVIA TAMÉZ GONZÁLEZ, CATALINA EIBENSCHUTZ HARTMAN Y SANDRA L. MORALES ESTRELLA

- 2006 “Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos”, J. Mercado y T. Torres (comps.), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*, Universidad de Guadalajara-Plaza y Valdés, México: 97-122.

LESHAN, LAWRENCE Y HENRY MARGENAU

- 1995 *El espacio de Einstein y el cielo de Van Gogh. Un paso más allá de la realidad física*, Gedisa, Barcelona.

LÓPEZ AUSTIN, ALFREDO

- 1980 *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

MERCADO MARTÍNEZ, FRANCISCO JAVIER

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

MILES, MATTHEW B. Y MICHAEL A. HUBERMAN

1994 *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*, Sage, Newbury Park.

NATERA, GUILLERMINA Y JAZMÍN MORA

2000 “La teoría fundamentada en el estudio de la familia y las adicciones”, Francisco Javier Mercado Martínez y Teresa Torres López (comps.), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*, Universidad de Guadalajara-Plaza y Valdés, México: 73-95.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

2008 [en línea] “Diabetes”, *Nota descriptiva*, 312, <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>> [consulta: 13 de enero de 2009].

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

2005 [en línea] “Enfermedades no transmisibles: diabetes mellitus”, Organización Panamericana de la Salud, <<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/dia-DiabetesMellitus.htm>> [consulta: 25 de marzo de 2006].

PASCUAL AYALA, RAFAEL

2006 *La experiencia de vivir con una enfermedad crónica en una comunidad indígena*, tesis, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

PUGA, CRISTINA, JACQUELINE PESCHARD Y TERESA CASTRO

2002 *Hacia la sociología*, Pearson, México.

RODRÍGUEZ MOCTEZUMA, JOSÉ RAYMUNDO, JUAN MANUEL LÓPEZ CARMONA, JESÚS RODRÍGUEZ PÉREZ Y JOSÉ ALFREDO JIMÉNEZ MÉNDEZ

2003 “Características epidemiológicas de pacientes con diabetes en el estado de México”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 41 (5): 383-392.

SANABRIA LEÓN, WALESKA Y TIMISAY MONSALVE VARGAS

2003 “Crecimiento físico en escolares indígenas y mestizos de la región de Orizaba”, ponencia presentada en el XII Coloquio Juan Comas, Tlaxcala.

SECRETARÍA DE SALUD

- 2001 [en línea] “Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes”, *Diario Oficial de la Federación*, 18 de enero, <<http://www.ssa.gob.mx/unidades/cdi/cgibin/wxis/unidades/cdi/data/iah/>> [consulta: 21 de febrero de 2002].
- 2002 [en línea] “Principales causas de mortalidad general, 2001, Nacional”, Secretaría de Salud, <www.salud.gob.mx> [consulta: 04 de julio de 2003].
- 2003 [en línea] “Comunicado de prensa no. 027, 2002 del 1 de marzo de 2002”, Secretaría de Salud, <http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2002-03-01-027-PERSONAS-CON-DIABETES.htm> [consulta: 23 de marzo de 2002].
- 2004 [en línea] “Comunicado de prensa no. 058”, <<http://www.salud.gob.mx/>> [consulta: 23 de agosto de 2003].
- 2007 [en línea] “Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud”, Secretaría de Salud, <<http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pnscap1.pdf>> [consulta: 13 de septiembre de 2008].

SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (SINAIS)

- 2008 [en línea] “Mortalidad”, Sistema Nacional de Información en Salud, <<http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>> [consulta: 13 de septiembre de 2008].

VARGAS GUADARRAMA, LUIS ALBERTO

- 2000 Un banquete de la cocina mexicana, *Boletín Juan Comas*: 5-7.

DIETA EQUILIBRADA: PLAN DE TRATAMIENTO IRREAL
PARA EL CONTROL DE LA DIABETES
EN EL MANANTIAL, COMUNIDAD AFROMESTIZA
DE CUITLÁHUAC, VERACRUZ¹

Marco Antonio Cardoso Gómez

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Rafael Pascual Ayala

Posgrado en Antropología, UNAM

Carlos Serrano Sánchez

Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM

Gloria Marina Moreno Baena

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Irma Araceli Aburto López

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

EPIDEMIOLOGÍA DE LA DIABETES

A diferencia de las secuelas prácticamente exclusivas que dejan las enfermedades que afectan a quienes tienen recursos económicos limitados (infecciones comunes, desnutrición, problemas reproductivos, entre otros), la diabetes no discrimina raza, color, sexo, edad ni condición socioeconómica. Con base en los cálculos de la Internacional Diabetes Federation (2007), esta enfermedad afecta a más de 194 millones de

¹Se presentan resultados del proyecto Comparación del impacto de la medicina tradicional entre dos comunidades de Veracruz, México: Mata Clara, comunidad afromestiza, y Tlaquilpa, indígena nahua (UNAM-DGAPA-PAPIIT clave: IN 308611).

personas en todo el mundo y se espera que en el 2025 alcance los 333 millones.

En el ámbito internacional, México ocupa el noveno lugar en incidencia de esta enfermedad y, de seguir la tendencia actual, según la Secretaría de Salud, para el 2025 se ubicará en el séptimo sitio (Secretaría de Salud 2002). En nuestro país, la cantidad de enfermos de diabetes oscila entre los 6.5 y los 10 millones. De ese total, dos millones de personas no han sido diagnosticadas y el grupo más afectado es el de aquellas que se encuentran en edad productiva (Federación Mexicana de Diabetes 2007). Al presente, se estima que la prevalencia de diabetes en la población de 20 a 64 años de edad es de 10 %, mientras que en las personas mayores de 50 años pasa del 20 % (*Salud* 2007).

En nuestro país representa la primera causa de muerte y su prevalencia es una de las más altas del mundo y ante su tendencia a convertirse en epidemia (Secretaría de Salud 2003), representa un desafío importante que debe atender el sistema nacional de salud (Secretaría de Salud 2008).

Veracruz es el estado de la República Mexicana con mayor número de personas con diabetes (Federación Mexicana de Diabetes 2006):

- La padece 16.1 % de la población de más de 20 años de edad.
- Es la tercera causa de muerte en la población general con 17.17 %.
- También es la tercera causa de muerte en edad productiva y la segunda en edad posproductiva.
- La edad promedio de muerte por diabetes es de 66 años.
- La población femenina cuenta con el mayor número de muertes por esta enfermedad (53 %).

El impacto de la enfermedad en el cruce nacional se refleja en varios ámbitos. Conforme al Programa Nacional de Salud 2007-2012, representa la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales razones de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas, alrededor de 20 % (Secretaría de Salud 2008).

De la misma forma, la diabetes incrementa el riesgo de morir por otros padecimientos, como las cardiopatías, las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia renal. También es la causa más importante

de amputación de miembros inferiores de origen no traumático y la principal causa de ceguera (Sabag *et al.* 2006).

Los costos más elevados se encuentran en el padecimiento de la enfermedad. En el gasto económico que hace una persona con diabetes tipo 2, se estima que debe pagar por los servicios de salud, los medicamentos u otros servicios. Su costo médico es entre dos y cinco veces más alto que el de una persona que no está enferma (Federación Mexicana de Diabetes 2007), y conforme pierde gradualmente salud, éstos se van elevando, lo que significa un esfuerzo y una sangría mayor para el enfermo y para la familia.

Además, según el Programa Nacional de Salud 2007-2012, es la diabetes mellitus una de las principales causas de años de vida saludables (AVISA) perdidos, debido a muerte prematura o por las discapacidades que provoca; se estima que en las mujeres es la segunda y en hombres la sexta causa más importante: representa 6.3 % y 5.5 de millones de AVISA perdidos, respectivamente (Secretaría de Salud 2008).

Sin embargo, todos estos desenlaces podrían evitarse. El Dr. Mercado, desde 1996, puntualizaba: “Actualmente se cuenta con los conocimientos científicos y la tecnología necesarios para el control de la diabetes” (Mercado 1996). Por ende, si se cuenta con los recursos suficientes para controlarla, ¿por qué esta enfermedad ha evolucionado de tal manera que es considerada un problema de salud pública?

Tanto en el ámbito institucional como en el privado se han ofrecido respuestas: apego o adherencia al tratamiento y educación a la persona con diabetes, sólo por mencionar algunas. Todas estas propuestas han aportado beneficios incuestionables. No obstante, la diabetes continúa siendo la primera causa de muerte en México y, con base en su evolución, de no ser controlada, puede pronosticarse un futuro infausto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la respuesta más frecuente a este hecho, en el ámbito médico institucional, ha sido responsabilizar al propio enfermo por no cumplir el tratamiento prescrito (OMS 2009). Incluso, se le señala como desobediente, negligente, necio o irracional, entre otros calificativos (Mercado 1996; Cardoso 2006). Esto es consecuencia de la forma en que está diseñado el tratamiento médico institucional: la base es una prescripción, la cual, según el diccionario de la Real Academia Española (2001), significa “orden”. Es decir, el éxito del tratamiento depende de la obediencia del enfermo. Sin embargo, el problema reside en que se espera disciplina, pero

no se considera si el enfermo de diabetes cuenta con las condiciones psicológicas, económicas, sociales y culturales que le permitan cumplir con la prescripción médica (Cardoso 2006).

El objetivo del presente es ofrecer datos empíricos que promuevan la comprensión de por qué los enfermos de diabetes no se adhieren a la prescripción médica, con la finalidad de que las condiciones en las cuales vive quien la padece sean consideradas dentro del plan de tratamiento para el control médico de la glucosa en sangre.

EL MANANTIAL: UNA COMUNIDAD AFROMESTIZA DE CUITLÁHUAC, VERACRUZ, MÉXICO²

La comunidad de El Manantial colinda con la comunidad de Mata Clara y se encuentra cercada de cultivos de caña y vegetación. Las condiciones geográficas de estas poblaciones propician la cohesión entre ellas. Ambas comunidades son de ascendencia afromestiza y pertenecen al municipio de Cuitláhuac en Veracruz, México (figura 1).

El Manantial tiene una iglesia, escuelas preescolar y primaria, un campo de béisbol y una Casa del Campesino, la cual sirve para llevar a cabo las reuniones que involucran a toda la comunidad. La mayoría de las calles no están pavimentadas. Las casas cuentan con terrenos amplios y una vegetación abundante, y debido al intenso calor que prevalece en la zona, la estructura de las casas permite su ventilación, esto a su vez propicia una mayor comunicación entre sus habitantes.

La construcción de las casas es de dos tipos: la tradicional y la de tipo urbana. Las tradicionales tienen paredes de tabique, techos de teja, de lámina de asbesto o de metal, cuentan con ventanas que pueden o no tener vidrios y por lo general, a excepción de las casas de escasos recursos, tienen pisos de cemento. No poseen muros que delimiten los dormitorios y el comedor. En la parte delantera de la casa hay una terraza, en la cual se colocan algunas sillas y una hamaca, éste lugar es el más fresco, por ello, es el ideal para descansar por las tardes después de una jornada de trabajo o para recibir visitas (figuras 2, 3 y 4).

² La siguiente información fue expuesta en Martínez (2008), estudio realizado en el marco del proyecto El impacto de la medicina tradicional en Mata Clara y El Manantial, dos comunidades afromestizas de Veracruz, México: huesero, sobador, hierbero, brujo, curandero naturista (UNAM-DGAPA-PAPIIT clave: IN 306308-3).



Figura 1. Niños oriundos de Cuitláhuac, Veracruz, México.
Fotografía: Proyecto UNAM DGAPA PAPIIT IN 306308-3.



Figura 2. Casa tipo tradicional. Fotografía: Proyecto UNAM DGAPA PAPIIT IN 306308-3.



Figura 3. Casa tipo tradicional.
Fotografía: Proyecto UNAM DGAPA PAPIIT IN 306308-3.



Figura 4. Casa tipo tradicional.

Fotografía: Proyecto UNAM DGAPA PAPIIT IN 306308-3.

Afuera se localizan la cocina, el baño y el lavadero. La cocina cuenta con un techo y puede o no tener tres de sus cuatro paredes. La construcción de ésta es de maderas recubiertas con láminas de cartón. Dentro de la cocina hay un fogón de leña para cocinar y diversos trastos, como ollas y cazuelas de barro, platos, vasos, jarras, etc. Por lo general, las casas cuentan con estufas de gas, las cuales son utilizadas para agilizar la preparación de la comida, pero el predilecto es el fogón.

El cuarto de baño cuenta con una taza y un área para la ducha, por lo regular, se usa una cortina como puerta y no tiene suministro de agua. En el patio, además del lavadero, se pueden encontrar árboles de mango, papaya, tamarindo, plátano, limón, etc., hierbas medicinales, plantas, animales –perros, gatos, pollos, gallinas– así como leña, un pozo y un criadero de cerdos, los cuales son cocinados para vendimia o para alguna fiesta.

El segundo tipo de casas (figura 5) se caracteriza por tener techo de concreto y paredes de tabique para dividir cada una de las zonas de la casa. Dentro de ésta se halla el cuarto de baño y la cocina con estufa de gas. Aún cuando son casas con estilo urbano, la ventilación, terraza y una abundante vegetación forman parte de ellas. Muchas de estas casas son construidas con dinero que envían los emigrantes de la comunidad que radican en Estados Unidos, por ello algunas están deshabitadas y son cuidadas por familiares, vecinos o amigos.



Figura 5. Casa tipo urbano.

Fotografía: Proyecto UNAM DGAPA PAPIIT IN 306308-3.

Debido a la escasez de trabajo, en El Manantial, la migración hacia Estados Unidos se está asumiendo como la opción laboral; sin embargo, la mayoría de los varones se dedican al cultivo de la caña de azúcar, principal actividad laboral, y las mujeres atienden las labores de la casa y preparan la comida que aquellos consumen en los cañales. Las demás personas trabajan en diversas actividades fuera de la comunidad.

Mata Clara y El Manantial se caracterizan por ser comunidades emparentadas: “Sí que somos de la familia todos, porque por una cosa, otra; si no somos compadres, somos amigos... Somos vecinos, unos primos, otros son sobrinos... Las familias más grandes de aquí somos la Virgen, los Blanco, los Peña y Cid”. Esto ha permitido que, a pesar del mestizaje que han sufrido, el fenotipo se mantenga dentro de sus habitantes.

Algunas personas, vecinos de otros municipios, siguen concibiendo que la característica principal de los negros es su capacidad para el trabajo físico.

Ahí en Mata Clara [y El Manantial], el problema es que su coeficiente intelectual es bajo... Son pocos los que sobresalen, y sobresalen en lo físico [y] en lo artístico, y pocas veces en cuestión de profesionistas. La mayoría se cierran a sus ideas... pero el problema no es qué tan cerrados sean, sino su coeficiente intelectual... [el cual] está un poco debajo del nivel normal en toda la zona.

Sin embargo, a los pobladores de Mata Clara y El Manantial les molesta que las personas tengan esta concepción de ellos, “porque en pleno siglo XXI no debería existir ese tipo de mentalidad en gente preparada. Hoy en día, todos los blancos [trabajan] igual que el negro, [el cual] ...no aguanta más el trabajo [excesivo], fue sometido y no tuvo de otra”.

No obstante, en estas comunidades encontramos personas solidarias, amables y cooperativas. Esto se evidencia cuando algún trabajador de los cultivos de caña se enferma:

Pues somos la misma gente y nos echamos la mano... inclusive cuando hay un caso así, la gente se coopera también... cuando son casos extremos nos cooperamos entre todos de a 5, de 10 pesitos y reunimos una cantidad de 200, 300 pesos y se los entregamos a él... o sea, que la gente aquí es solidaria... no nos dejan solos o no los dejamos solos y cualquiera que se enferma... entre los trabajadores nos cooperamos o compramos una despensa y se la llevamos.

Además del apoyo en cuestiones de salud, también son solidarios en la organización de fiestas:

Aquí acostumbramos a hacer mucha pachanga. Aquí en 15 años, ¡juta, son unos fiestones tremendos! En bautizos... es una costumbre, ya que si hay un bautizo o confirmación y los 15 años, ya sabemos que hay una pachanga... La comunidad es fiestera de corazón... el alcohol... eso es lo primero.

Para llevar a cabo estas fiestas, los pobladores también cooperan, ya sea con dinero, aportando enseres o ayudando en la preparación de alimentos. En las fiestas, la alegría se combina con el baile: “Es diferente la forma en como bailan, muy bonito... mucho ritmo, bailan muy bonito... eso es parte de ellos, de lo que traen en la sangre... cuando les ponen música les sale el ritmo pero bárbaro, a lo mejor no sepan leer ni escribir, pero bailar [sí]”.

En estas comunidades “hay mucha nobleza en los negros... es algo característico... mucha nobleza en su mayoría... y los tratan a todo dar... en este aspecto de ‘mi casa es tu casa’, es cierto, lo aplican”.

Las formas de diversión en estos poblados básicamente son el deporte y las fiestas, “si no se van a jugar béisbol, se van a jugar fútbol.

Ahí se juntan y usted los oye platicar y se pasa una tarde a carcajadas dicen cada barbaridad, chismes y anécdotas... empiezan a platicar un montón de aventuras... para escribir unos cien libros o unos mil libros y no se acaban las aventuras”.

También son personas muy alegres en su trabajo: “Mientras están cortando caña usted los oye cantando, hay algunos que parecen que están grabando un disco... y están cante y cante, y cantan bonito y van cortando caña”.

LAS VICISITUDES DE UNA MUJER DE EL MANANTIAL PARA CONTROLAR SU DIABETES³

Para vivir con diabetes, la atención médica es fundamental, la cual consiste primordialmente en llevar una dieta balanceada, hacer ejercicio físico y los medicamentos como apoyo. Incluso, “una alimentación adecuada y la actividad física muchas veces son suficientes para mantener al paciente bajo control bioquímico” (Secretaría de Salud 2008).

Sin embargo, para las mujeres de El Manantial, adherirse a la prescripción médica es intrincado por sus labores cotidianas al frente de la casa, por su condición económica, por sus creencias, entre otros aspectos, puesto que primero deben cumplir con sus responsabilidades cotidianas.

Por ejemplo, una mujer madre de familia, enferma de diabetes, cotidianamente se despierta junto con su esposo. En tiempo de zafra, se levanta a las 6:00 a.m. o antes para preparar el *lonche*, es decir, la comida para su esposo, hijo o hermano. Éste debe estar dispuesto entre las 8:00 y las 8:30 a.m. para enviarlo a la zafra o al lugar en el que se encuentren laborando. En ocasiones lo preparan con otras mujeres que también lo envían a sus respectivos familiares.

Después de mandar el *lonche*, y si dispone de tiempo, se toma un café con galletas o pan, con sus hijos o nietos. Si se encuentran en la escuela primaria o preescolar, regularmente a las 10:30 de la mañana,

³ La información siguiente fue expuesta en Salgado (2007), estudio realizado en el marco del proyecto El impacto de la medicina tradicional en Mata Clara y El Manantial, dos comunidades afromestizas de Veracruz, México: huesero, sobador, hierbero, brujo, curandero naturista (UNAM-DGAPA- PAPIIT clave: IN 306308-3).

a la hora del recreo, les lleva comida. Posteriormente prepara el nuevo *lonche*, que será enviado a las 11:30 a.m. a los cañales.

Desde las 12:00 p.m. hasta las 6:00 p.m. aproximadamente, hace su quehacer en casa: barrer, cocinar, lavar, planchar, etc. Alrededor de las 3:00 p.m. almuerza, y sobre las 6:00 p.m. cena, en compañía de su esposo o hijos, si están presentes. Aunque en múltiples ocasiones, por atender las demandas de la familia, no come conforme la prescripción médica para el control de su diabetes:

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

Otra actividad primordial es la compra de enseres para cubrir las necesidades del hogar y de todos los miembros de la familia. La ropa es comprada, conforme a las posibilidades económicas, en establecimientos de ropa usada, pero en buen estado, “lavándola bien para que se pueda usar. Con respecto a la ropa interior, si no alcanza para pagarla de contado, “se compra en abonos semanales”. En cuanto al calzado, primero se adquiere el de los niños: “Si alcanza para zapatos, se les compra; si no, se les calza con ‘chanclas’ o zapatos de hule”. Ella se compra únicamente si sobra del “gasto”, “aunque sólo alcance para unas ‘chanclas’”.

La despensa se compra cada domingo en el mercado de San Juan, en Cuitláhuac:

Sólo incluye lo más necesario... servilletas no usamos, que más que el rollito de papel de baño y lo poquito que compras: que la sopa o que la azúcar o un kilito de arroz y luego, ay, un kilito o dos, kilo y medio de jitomate, que la cebolla y todo, o sea, que ahí se va incluyendo... porque no tienes para hacer una buena compra”.

En comida se gasta alrededor de \$ 300.00 a la semana: “Compramos que el aceite, frijol, que la azúcar, que el arroz, que los jitomatitos, los chiles y eso, pues te gastas más de trescientos pesos, nada más en lo básico”. El “gasto” varía de acuerdo con los integrantes de la familia.

Es frecuente que el dinero no alcance para comprar carne, por consiguiente, se pide a crédito: “supongamos que en la semana se te antoja un pedazo de pollo... pues lo pides fiado, ...se me antoja un pedacito de carne de puerco, como no lo compré el domingo, que no tengo, pues lo

pedido fiado ahí”. Pedir fiado o prestado trae como consecuencia que se reduzca el “gasto”, “pero también el problema es a la siguiente semana, es difícil el día domingo porque ya te tienes que reducir más en el gasto, porque si no lo pagas, por lo menos abonarlo, por lo que pediste”.

Para una mujer de El Manantial, es frecuente no contar con el recurso económico necesario para una buena alimentación, lo cual repercute en la regulación de los niveles de glucosa en sangre:

La verdura no la comemos... porque no se puede económicamente, de que la hay, si la hay... no tienes para comprarla... un vaso de leche, pero si no tengo yo para comprarme una caja de leche o pasa el lechero y no tengo para comprarme un litro de leche, pues no me la tomo. Sí la hay... tanto natural como de caja, sí hay las cosas, únicamente que uno no tiene para alimentarse.

Por consiguiente, al no tener el dinero para una dieta equilibrada, se recurre a los alimentos de bajo costo, asequibles en la comunidad. La pretensión es adquirir energía para realizar sus actividades cotidianas: “Hay que tomar café con pan o con galletas, con lo que sea, el chiste, que uno madrugaba para calentar el cafecito. Si no hay leche, calienta uno el café, toma uno su café con pan o con galletas, ya no el cuerpo vacío”. Empero, lamentablemente, los productos que pueden ingerir bajo estas condiciones son los proscritos en el tratamiento médico.

En otras ocasiones, el problema radica en que los alimentos que tienen que consumir no son de fácil adquisición, incluso algunos son hasta desconocidos: “¡No, no puedo! Ni lo intento... en primer lugar ni lo conozco, ¡no sé ni cuál es el queso cotash!, o como se pronuncie ése... y la ración de la leche, ¡es descremada!, ¿dónde la agarro yo aquí?... ¡No se puede! ¡De verdad no se puede!”.

Otro aspecto taxativo para evitar el control de la diabetes es vivir con estrés constante por diversas emergencias, o por otras enfermedades de algún miembro de la familia:

Las preocupaciones te engordan mucho... de mi marido enfermo y las vueltas, que córrele, que la medicina, que esto, que l’otro y yo luego con ese pendiente: ay Dios mío, ¿qué puedo hacer? Todo esto, que l’otro, pensando que mi viejo no me habla... esas son puras preocupaciones...

y siempre dices: “a la mejor como no he comido, me bajo”. ¡Qué va! No enflacas, ¡engordas, engordas!

CONCLUSIONES

La teoría biomédica da por establecido que los componentes fundamentales del tratamiento para el control de la diabetes –dieta equilibrada, actividad física y fármacos– son asequibles para las personas que la padecen. Ante esta circunstancia, dicho tratamiento se ofrece mediante una prescripción, es decir, mediante una orden se le indica al enfermo las acciones que debe seguir y se confía en que él las obedecerá.

La noción teórica que subyace a la prescripción médica es que el galeno, por conocer y disponer de los conocimientos científicos y la tecnología para controlar la diabetes, está autorizado para dar órdenes que el enfermo debe ejecutarlas. Otra suposición en la que fundamenta su autoridad es que el enfermo, al encontrarse en la necesidad de evitar daño renal, ceguera o amputación de miembros inferiores, entre otros, le obedecerá incondicionalmente.

Los datos empíricos presentados en este escrito evidencian por qué las premisas teóricas no se cumplen. El enfermo no desobedece por irracional o negligente, sino porque no cuenta con las condiciones psicológicas, económicas, sociales y culturales convenientes para tal efecto. Es decir, responder a las indicaciones médicas no es cuestión de buena voluntad, necesidad u obligación para obedecer.

En la mayoría de los casos, en El Manantial no se aplica el plan de tratamiento para el control de la diabetes porque quien padece la enfermedad vive en condiciones desfavorables, aun cuando quiera y esté consciente de que le conviene hacerlo. Las demandas en su vida cotidiana son más fuertes que su deseo de controlar su enfermedad. El ejemplo más claro de esto es la escasez de dinero para comprar comida que permita la subsistencia diaria. Si apenas se cuenta con el recurso económico para comer lo mínimo necesario, es de esperarse que no se puedan comprar los alimentos prescritos.

Las situaciones socioculturales, psicológicas y económicas de las mujeres de El Manantial que padecen diabetes son aspectos imprescindibles para el plan de tratamiento médico, dado que, en tanto no se realicen acciones para modificar las condiciones de existencia, como las

descritas, las personas seguirán comportándose de manera contraria a la prescripción médica.

Con la finalidad de favorecer la comprensión, explicación y control de la diabetes, la descripción de las circunstancias de vida ofrecidas en este escrito, entre otros aspectos, pretende contribuir a minimizar la desconsideración del impacto que crean las condiciones socioculturales, psicológicas y económicas en el mantenimiento de las pautas de conducta y pensamiento antagónicas a la prescripción médica.

Tal incompreensión, ya sea por desconocimiento o por menosprecio, ha propiciado que abundantes profesionales de la salud sean intolerantes hacia las condiciones de vida de las personas con diabetes y dicha intolerancia está contribuyendo a que la diabetes se consolide como una epidemia nacional.

REFERENCIAS

CARDOSO GÓMEZ, MARCO ANTONIO

- 2006 “La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico para la diabetes. Cultura, dieta y diabetes”, *Cuicuilco*, 37 (13): 129-147.

FEDERACIÓN MEXICANA DE DIABETES

- 2006 [en línea] Federación Mexicana de Diabetes, <<http://www.fmdiabetes.com/www/noticias/noticias.asp?Id=20060306212755>> [consulta: 08 de abril de 2006].
- 2007 [en línea] “Diabetes en números”, Federación Mexicana de Diabetes, <<http://www.fmdiabetes.com/www/diabetes/dnumeros.asp>> [consulta: 08 de abril de 2007].

INTERNACIONAL DIABETES FEDERATION

- 2007 [en línea] “The human, social and economic impact of diabetes”, International Diabetes Federation, <<http://www.idf.org/home/index.cfm?node=41>> [consulta: 18 de abril de 2007].

MARTÍNEZ PROO, MARÍA DE LOS ÁNGELES

- 2008 *La zafra: Un obstáculo para el control de la diabetes en Mata Clara y el Manantial, dos comunidades afromestizas de Veracruz, México*, tesis, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

MERCADO MARTÍNEZ, FERNANDO

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

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

- 2003 [en línea] *Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, <http://www.who.int/chronic_conditions/en/1_7_2003_prsp.pdf> [consulta: 01 de septiembre de 2004].

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA

- 2001 *Diccionario de la lengua española*, tomo 2, Espasa Calpe, Madrid.

SABAG, ENRIQUE, ANDRÉS ÁLVAREZ F., SERGIO CELIZ Z. Y ALEJANDRO GÓMEZ

- 2006 “Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus. Prevalencia en una Unidad de Medicina Familiar”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44 (5): 415-425.

SALGADO PÉREZ, ENRIQUETA

- 2007 *Padecer diabetes y ser mujer yanguense, patrones socioculturales femeninos y su implicación en la enfermedad*, tesis, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

SALUD

- 2007 *Gaceta de Comunicación Interna de la Secretaría de Salud*, 54.

SECRETARÍA DE SALUD

- 2002 [en línea] “Comunicado de prensa no. 027, 2002”, Secretaría de Salud, <http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2002-03-01-027-PERSONAS-CON-DIABETES.htm> [consulta: 23 de marzo de 2002].
- 2003 [en línea] “Comunicado de prensa no. 058 de marzo de 2003”, Secretaría de Salud, <<http://www.salud.gob.mx/>> [consulta: 20 de marzo de 2003].
- 2008 [en línea] *Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, Secretaría de Salud, <<http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pnscapl.pdf>> [consulta: 13 de septiembre de 2008].

LOS ESTILOS DE VIDA EN TRABAJADORES DE SALUD EN VERACRUZ; SU NUTRICIÓN Y SU ACTIVIDAD FÍSICA

Ramón C. Rocha Manilla

Laboratorio de Ciencias Dr. Ernesto Guevara de la Serna, ISSSTE, Orizaba

Marco Antonio Cardoso

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Este artículo fue realizado dentro de las actividades de divulgación del Laboratorio de Ciencias Dr. Ernesto Guevara de la Serna, con sede en el hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Orizaba. Agradezco la colaboración para la realización de este trabajo en cuanto a los datos antropométricos utilizados a la médico pediatra Olivia de la Rosa Romero, a la médico y socióloga Anel Alfaro Alvarado y a los médicos Mario Juárez Reyes y Wendy Borromeo Concha; al igual que las observaciones compartidas por la licenciada en Nutrición Jimena Gómez Méndez.

EL PROBLEMA DE LA OBESIDAD

El sobrepeso y la obesidad son problemas de salud de creciente incidencia mundial. México ocupa el segundo lugar internacional en proporción poblacional para esta enfermedad crónico-degenerativa, en sí, de larga evolución y de progresión al deterioro funcional. Ante este problema se diseñó la Norma Oficial Mexicana para el cuidado de la obesidad (NOM-174-SSA-1998) la cual refiere que: “El sobrepeso y la obesidad son padecimientos caracterizados por una prevalencia en el almacenamiento excesivo de tejido graso en el organismo y se acompaña de alteraciones metabólicas, además de asociarse a patología cardiovascular, endócrina y músculo-esquelética”. A su definición específica, la norma refiere que la obesidad “es una enfermedad caracterizada por el exceso de tejido

adiposo en el organismo”, mientras que el sobrepeso “es el estado premórdibo de la obesidad” (NOM-174-ISSA-1998, 4.10 y 4.11).

Ambos padecimientos también se relacionan con depresión psicológica, carga genética, disfunción social y cultural. El sobrepeso y la obesidad, de manera socioambiental, se deben a la ingestión de alimentos de alto contenido energético en cantidades superiores a las recomendaciones nutricias, produciendo acumulación grasa en el organismo (Servín 2005: 187).

Para el estudio del sobrepeso y la obesidad existen dos líneas de investigación basadas en la etiología biológica y en la etiología sociocultural; sin embargo, se ha demostrado que ambas coinciden y contribuyen a explicar de manera integral este problema de salud.



Figura 1. Plato del bien comer; actual referente nutricional mexicano.

Fuente: <<http://www.nutreymuevetuvida.uady.mx/articulos/plato.php>>
[22 de enero de 2012].

Los estilos de vida urbanos, vinculados con la falta de esfuerzo físico, con la alta contaminación, con las dietas hipercalórica y el bajo gasto calórico son elementos comunes de la vida social contemporánea de profesionistas, obreros, comerciantes y empleados. En México, afuera de los centros de aglomeración urbana, como las escuelas, los mercados, las empresas y en especial las oficinas públicas, abundan comerciantes de comida formales e informales que ofrecen en su

mayoría alimentos hipercalóricos basados en productos de harina de maíz y de trigo, frutas endulzadas, en su mayoría a precios bajos, lo que contribuye a la distribución desmedida de comidas desproporcionadas con el modelo del *plato del bien comer*, el cual refiere la necesidad de ingresar a la dieta diaria mayor proporción de alimentos como verduras y frutas, suficiente cantidad de cereales y leguminosas y pocos alimentos de origen animal, como lo muestra la figura 1 (Prevenisste 2008).

SOBREPESO Y OBESIDAD

El sobrepeso y la obesidad se han clasificado (cuadro 1) de acuerdo con el índice de la masa corporal (IMC) que se calcula mediante la relación que hay del peso corporal en kilogramos dividido entre la estatura en metros elevada al cuadrado (kg/m^2). Según la NOM-174-ISSA-1998 para el cuidado de la obesidad, si el IMC tiene un valor de entre 18.5 y 24.9, el individuo tiene una masa normal, pero si es de entre 25 y 26.9, tendrá sobrepeso; finalmente, si el IMC es mayor a 27, el individuo será obeso (Shamah 2008: 385), ubicándose en alguna de las siguientes subcategorías: obesidad moderada o tipo I si tiene un IMC de entre 27 y 29.9; obesidad tipo II si se encuentra entre 30 y 34.9; obesidad grave o tipo III cuando su IMC esté entre 35 y 39.9; pero si el IMC rebasa el valor 40 será obesidad grado IV¹ (Bessesen 1999: 55). Esta categoría aplica en individuos mayores de 18 años de edad y que no tengan estatura baja, es decir, no menos a 160 cm en varones y 150 cm en mujeres (NOM-174-ISSA-1998, 4.12).

De acuerdo con los informes de la Organización Mundial de la Salud, existen en el mundo alrededor de 250 millones de personas con obesidad, lo que representa esto un 7 % de la población total del planeta. Para el caso de México, según las consideraciones de este organismo mundial, ocupamos el segundo lugar en obesidad internacional, calculando que 25 % de los mexicanos padecen esta enfermedad. Esta elevada proporción genera que una de cada tres personas tenga algún problema de salud relacionado con la obesidad, como son diabetes mellitus, hipertensión arterial, hiperlipidemia, artritis degenerativa,

¹ A la obesidad grado IV también se le llama “mórbida”; sin embargo, el término no es correcto ya que es sinónimo de “enfermedad” y, de acuerdo con esto, toda obesidad debería de ser mórbida pues la obesidad en sí misma es una enfermedad.

enfermedad de las arterias coronarias, de la vesícula biliar y cáncer de endometrio, de mamas, próstata y colon (Bessesen 1999: 55).

Cuadro 1. Fórmula para el IMC y tipo de estado nutricio según la NOM-174-SSA1-1998

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$$

Clasificación	IMC	
Normal	18.5 - 24.9	
Sobrepeso	25 - 26.9	
Obesidad	Grado I	27 - 29.9
	Grado II	30 - 34.9
	Grado III	35 - 39.9
	Grado IV	> 40

TRABAJADORES DE SALUD Y OBESIDAD

Curiosamente, la población trabajadora de salud ha sido vinculada con una alta frecuencia en problemas de salud relacionados con la obesidad. En un estudio sobre prevalencia de sobrepeso y obesidad en personal de enfermería de ISSSTECALI de Ensenada, Baja California (Fong-Mata 2006: 81-84) se demostró que la frecuencia de sobrepeso fue de 18 % y la de obesidad de 37 %. Este mismo problema se abordó al estudiar a los trabajadores de salud de una unidad de medicina familiar de la ciudad de México (Palacios-Rodríguez 2006: 451) en el que se encontró que 54 % de la población presentó un índice de masa corporal normal, 15% presentó sobrepeso y 31 %, obesidad. Por diferencia de género, el masculino fue el más afectado: 17 % con sobrepeso y 37 % con obesidad. Por categorías, los médicos familiares y estomatólogos revelaron mayor sobrepeso, con 20 %, seguidos de los laboratoristas con 18 %. Respecto a la obesidad, los laboratoristas mostraron más afectación, seguidos de los médicos familiares y estomatólogos.

Nosotros estudiamos el estado de nutrición de los trabajadores de la Clínica Hospital del ISSSTE Orizaba mediante su antropometría, que para este caso incluyó las mediciones de su perímetro de cintura, su peso, estatura y cálculo de su índice de la masa corporal, relacionando estos datos antropométricos con su socialización y sus estilos de vida intra y extrahospitalarios con base en la dieta y el ejercicio.

TRABAJADORES DEL ISSSTE, ORIZABA

La ciudad de Orizaba está localizada en el centro del estado de Veracruz, su población es de tipo mestiza, originada por españoles, nahuas, mixtecos, negros, árabes y una minoría francesa e italiana. Con una población integrada por 120 000 habitantes, mantiene vecindades en estrechas relaciones sociales y comerciales con otras municipalidades que en conjunto forma una dispersa mancha urbana de 250 000 habitantes. La población en Orizaba tiene accesos a sistemas de urbanidad, logrando sus ingresos gracias a la prestación de servicios profesionales, técnicos, comerciantes y en algunos casos obreros, aunque son más los empleados de comercios y servicios públicos.

Su complejo social se ha relacionado a la cultura alimentaria de comida hipercalórica desde la época colonial; son platos tradicionales aquellos cocinados con manteca de cerdo o fritos en aceite vegetal, formados por masa de maíz, como los tamales cernidos y tamales rancheros, las garnachas –tortillas dobladas, rellenas de carne deshebrada frita con papa–, también abundan las gorditas de frijol –masa de maíz con relleno de frijol, frita en aceite de reuso en comal metálico.

Las memelitas de maíz, el atole de masa de maíz o de trigo, acompañados de refrescos, son otros alimentos con amplia presencia, así como un platillo llamado *chileatole*, que es una especie de sopa de maíz en grano, con jitomate o tomate verde, chile, mayonesa, queso y algunas especias, servido con mayonesa y limón. En esta dieta popular orizabeña, también son frecuentes los pambazos, las tortas, las pizzas, las hamburguesas, los *hotdogs* y la gran variedad de tacos fritos en aceite de reuso rellenos de carne, papa y queso, entre otros tipos.

La ciudad tiene dos hospitales del Estado, el más grande es el Hospital de Especialidades del Instituto Mexicano del Seguro Social y sus clínicas periféricas, y el segundo es la Clínica Hospital del ISSSTE, compuesto por un promedio de 315 trabajadores, de los cuales 95 enfermeras, 65 médicos y 155 trabajadores administrativos. En su mayoría mantienen relaciones sociales que se fortalecen por los compadrazgos y la familiaridad entre muchos de sus integrantes, estimulando una dinámica social de agrupación de convivencia tanto dentro como fuera del hospital.

Durante el año 2006 realizamos una evaluación del estado nutricional de esta población trabajadora tomando aleatoriamente una muestra del

50 % de la población representada en todos los turnos. Con el apoyo de los médicos internos de pregrado² Anel Alfaro Alvarado, Mario Juárez Reyes, Wendy Borromeo Concha y la médico pediatra María Olivia de la Rosa Romero medimos la estatura y el peso de cada participante, calculando con ello su IMC. También realizamos observación a la comunidad y entrevistas a sus integrantes. Presentamos los resultados en algunos congresos de antropología y ganamos un premio por investigación científica en el Intraforo de Investigación en Salud organizado por la Universidad Veracruzana en el año 2008.

TRABAJADORES DEL ISSSTE Y LA OBESIDAD

Alimentación

El horario laboral en el hospital varía con dos jornadas: la semanal de lunes a viernes y la acumulada de sábado y domingo. Entre semana el horario matutino también es variable, ya que hay trabajadores de menos de seis y media horas, de ocho y de nueve. El horario promedio del turno matutino es de 7:00 a 15:00, el turno vespertino es de 15:00 a 21:00 y en el turno nocturno es de 21:00 a 7:00; en la jornada acumulada el horario es de 7:00 a 19:00 para el matutino y de 19:00 a 7:00 para el nocturno.

Los trabajadores de base de más de ocho horas, los médicos internos de pregrado³ y los becarios tienen derecho a comedor; el resto de base no, al igual que el personal suplente, de confianza,⁴ de intendencia y de seguridad, que son minoría en comparación con el de base. El comedor ofrece tres comidas servidas por el departamento de nutrición: desayuno de 7:30 a 9:30; comida de 12:30 a 15:00 y colación de 22:00 a 24:00. El desayuno incluye café, gelatina, un pan tostado y un sándwich

² Egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad Veracruzana, cursaron su Internado médico de pregrado durante el año 2006.

³ Los médicos internos de pregrado son hombres y mujeres que cursan el sexto año de la carrera de medicina el cual debe de realizarse durante un periodo de doce meses en un hospital del sector salud con horarios de ocho horas en promedio y guardias ABC, es decir, que cada tercer día deben de quedarse hasta el siguiente día en el hospital haciendo *la guardia*.

⁴ Personal de confianza incluye algunos administrativos no jefes y los puestos directivos, como director, subdirectores, coordinadores y jefes de área.

o quesadilla. Se llega a complementar con atole y pan que llevan todas las mañanas a la entrada de urgencias los hermanos de un trabajador de origen panadero. El éxito de esta venta matutina estuvo en riesgo cuando la vendedora comenzó a usar un sueter de enfermera del ISSSTE,⁵ el cual causó incomodidad en este grupo quien dejó de comprarle, mostrando la diferencia sectorial o de clase entre cliente-consumidor, por lo que la vendedora dejó de usarlo y recuperó la clientela.

La comida está dada en tres tiempos, incluye sopa, arroz y guisado, con alguna gelatina o fruta, acompañada de agua de limón; la colación incluye café con una torta. Ordinariamente los trabajadores llegan a agregar otros alimentos que traen de sus casas. Es común, en el caso del personal de cocina, que integren a su dieta algunas órdenes de memelas o gordas de frijol compradas en puestos vecinales. De acuerdo con la normatividad del ISSSTE, el personal médico no tiene obligación de checar tarjeta, por lo que su hora de entrada no es controlada y suele ser entre las ocho o las nueve de la mañana, a excepción de algunas médicas especialistas, los médicos de urgencias y los de consulta externa que ingresan puntualmente, por lo que en los casos de entrada flexible, llegan al hospital normalmente desayunados desde sus casas. El resto del personal de enfermería y administrativo toman café y algún pan antes de su hora de entrada, que de lunes a viernes oscila entre las 7:00 y 8:00. Normalmente toman el desayuno en el comedor y/o hacen una colación entre las 10:00 y las 12:00 ingresando a las distintas áreas laborales alimentos comprados en la calle o en las afueras del hospital, y solamente en algunos servicios, el personal se organiza en algunas ocasiones y lleva alimentos preparados en casa. Posteriormente se toma la comida entre las 12:00 y las 15:00. Los trabajadores del turno matutino llega a hacer la comida en el hospital y en varios casos acuden a comer nuevamente a su casa. Algunos que ingresan entre las 14:00 y 15:00 toman alimento en el comedor y entre las 17:00 y 18:00 hacen una colación con café, chocolate y pan; nadie del turno vespertino cena en el hospital, lo hacen afuera. El personal del turno nocturno hace la colación en el comedor entre las 22:00 y 24:00 anexando a ésta alimentos preparados en la calle o traídos de su casa. Los médicos internos refuerzan la colación comprando alimentos externos. Algunos trabajadores llegan a comprar a media noche un refresco o golosinas de las máquinas despachadoras que se encuentran en el área de consultorios (cuadro 2).

⁵ El sueter de enfermería del ISSSTE es azul cielo con líneas blancas.

Cuadro 2. Desarrollo en un día de la actividad alimentaria de los trabajadores y en el hospital

Hora	Actividad alimentaria
7:30-9:30	Desayuno en comedor, servido por el área de nutrición: café, un sándwich o quesadilla, gelatina. Este desayuno es reforzado con atole y pan que todas las mañanas llevan los hermanos de un trabajador a vender afuera del área de urgencias.
10:00-12:00	Colación en los servicios del hospital,* incluyendo refresco, jugo, memelas, tortas, pambazos, tacos, yogur con frutas, tostadas.
12:30-15:30	Comida en comedor, servido por el área de nutrición: sopa, arroz, tortillas a libre demanda, guisado, gelatina o fruta, agua de limón. Algunos trabajadores hacen otra comida al llegar a su casa después de las 15:00.
16:00-18:00	Colación en los servicios del hospital, con café o chocolate acompañado de una o dos piezas de pan.
Noche	Cena en los domicilios de los trabajadores, al salir de su turno o antes de entrar.
22:00-24:00	Colación en el comedor, servida por el área de nutrición: torta, gelatina y café. En varios casos ingresan alimentos de venta callejera.
Madrugada	En algunos casos se compran refrescos o golosinas de las máquinas despachadoras.

* Al referirnos al hospital incluye tanto el primer como el segundo nivel.

La dieta ofrecida por el servicio de nutrición del hospital no supera las 1 600 calorías; sin embargo, los excedentes ingresados a la dieta por los mismos trabajadores deben de duplicar las estimaciones calóricas ofrecidas por el hospital. Al parecer, este orden alimentario se relaciona con una alta frecuencia de sobrepeso y obesidad en este personal de salud como se verá.

El comedor es un espacio social que se tiene en alta estimación. Ahí acuden tanto trabajadores con derecho como sin derecho –los cuales no hacen uso de su servicio alimentario pero lo visitan para socializar. Es el espacio en el cual se busca al trabajador en primera instancia cuando no se encuentra en su servicio en las horas estimadas de alimento; es donde los médicos internos de pregrado logran escaparse de la carga hospitalaria, pero también donde frecuentemente pueden ser encontrados. Es un espacio de intercambio de intereses y experiencias, de festejo, sobre todo en las jornadas nocturnas y jornadas acumuladas; es ahí donde se realizan las cenas de Año Nuevo, de Navidad, los festejos por el día de la enfermera, del médico o inclusive algún cumpleaños. Es el lugar de recompensa para los donadores de sangre, quienes acuden inmediatamente al salir de banco de sangre para recibir un desayuno cortesía del hospital. El comedor es pequeño, con cupo para seis mesas con cuatro lugares; sin embargo, se acondiciona para los festejos importantes. También es un espacio de poder, donde las cocineras de los distintos turnos son bien apreciadas. Los médicos internos de pregrado son sujetos vulnerables a éstas, quienes hacen cumplir en ellos los horarios establecidos y la limitación de raciones sin tolerancia, aunque algunos de los médicos internos logran socializar con el personal de cocina de manera conveniente y obtienen con ello un mejor trato que incluye tolerancia en los horarios o raciones dobles, sobre todo en la colación nocturna cuando hacen *la guardia*.

En cuanto a los resultados antropométricos, los trabajadores administrativos resultaron ser los más obesos, teniendo en promedio un IMC de 29.73, seguidos por las enfermeras con 29.4 y en tercer término los médicos con 27.62. Estas cifras tan elevadas están relacionadas con las prácticas culturales alimentarias: 85 % de los trabajadores de esta comunidad consumen alimentos provenientes de la calle, como ya se ha mencionado, encontrándose en mayor frecuencia aquellos con altos contenidos de grasas y carbohidratos, como las memelas, las garnachas, los tamales, las gordas de frijol, los pambazos y las tortas, acompañadas de café azucarado, refrescos, además de yogur o jugo de naranja, tanto natural como industrializado, en desequilibrio con el *plato del bien comer*.

Observamos en algunos servicios, sobre todo los administrativos, prácticas tradicionales de desayuno como una forma de convivencia e integración social, donde participa tanto el personal de base como el suplente, y sólo en uno, el personal de confianza. Los médicos internos

de pregrado tienen un refrigerador en el cual acumulan alimento al cual tienen acceso. Los becarios de servicio social no tienen esa facilidad y se llegan a integrar a las comilonas, sobre todo en medicina preventiva. Los empleados de intendencia llevan su alimento y lo consumen en comedor, después del horario de desayuno o comida; el personal de seguridad come en la caseta de vigilancia; los trabajadores de confianza llegan a comer alguna torta en sus áreas laborales, aunque ingresar a las 9:00 les permite llegar desayunado. Tiene un horario para comer, por lo que puede salir del hospital a tomar alimento en alguna fonda o a veces en sus casas.

En las entrevistas notamos un desapego al deporte y en algunos casos, rechazo de la realidad sobre su estado de nutrición; por ejemplo, los trabajadores, a nuestra consideración más obesos, se negaron a participar y ser medidos. Pudimos observar las estrategias que vendedores de alimentos realizan para llegar a los trabajadores, a los pacientes y sus familiares. A pesar de contar con acceso a información y educación sobre obesidad, diabetes e hipertensión, la mayoría de los trabajadores no se mostraron sensibles a la misma, a pesar de que éstos representan ejemplos en la educación en salud a la derechohabiente.

El oportunismo al acceso de comida denominada “chatarra” puede no sobrepasar el área hospitalaria. Dentro del edificio se encuentran distintos tipos de máquinas de comida que operan todo el día y las cuales son recorridas en las noches o los fines de semana cuando conseguir alimento resulta más difícil para el personal trabajador. Hay máquinas de pastelitos y frituras sintéticas, todos de marcas comerciales; existen otras de dulces, refrescos en lata y una más que ofrece café. Éstas han sido integradas al hospital por el grupo ANASVO, que es una organización no lucrativa de esposas de funcionarios del ISSSTE, con el objetivo de obtener recursos para la compra de insumos y equipo médico. Asimismo, entre semana, dentro del hospital se instala un módulo de comida de mostrador, el cual ofrece los mismos productos que los ambulantes, a excepción de los alimentos fritos.

Pero los refrescos y las galletas son los alimentos a los que más recurre el personal que trabaja más de ocho horas, como es el caso de los policías o los médicos internos de pregrado, los cuales, sin excepción, se pasean por el hospital con toda clase de lata o botella de refresco, normalmente Coca-Cola.

En la parte externa se encuentra un puesto que hace gordas y memelas con gas y aceite hirviendo; hay dos locales fijos en casa, atendidos por familias; tres locales de comida enfrente y otros cinco cercanos al hospital; está un puesto que vende fruta y yogur y constantemente pasan panaderos en triciclos o en camioneta –la cual se identifica a su llegada tocando el claxon de manera imprudencial afuera del área de urgencias–; también acude un adulto mayor que vende dulces y que se instala justo a la entrada del hospital. Los puestos de comida se contraponen en una competencia que supera la disciplina hospitalaria. El puesto fijo en el interior del hospital es concesionado a una enfermera la cual deposita una renta mensual de mil pesos ante ANASVO (año 2010), sin embargo, ante la competencia de los puestos externos, emitió una queja ante la dirección del hospital, sin resultado. Según algunos informantes, una vendedora externa mantuvo alguna relación sentimental con un vigilante, lo que facilitaba su ingreso. Conforme con la normatividad hospitalaria, está prohibido tanto introducir alimentos como comerlos en el interior del hospital, salvo el área de comedor.

Categorías de los trabajadores y su relación nutricional

Las enfermeras

De acuerdo con el perfil profesional, el personal de enfermería medido ($n=58$), que representa 65 % de los trabajadores en esta categoría, presentó que el IMC más frecuente es el de la puntuación de 26.5, sobrepeso tendiente a la obesidad. El IMC más bajo correspondió al de una enfermera con 21.7, lo que se considera como normal; sin embargo, el IMC más alto correspondió a una enfermera con 37.4, obesidad grado II. Entre las enfermeras no se encontraron niveles debajo de lo normal, proporcional tampoco sobre los límites de obesidad grado III o grado IV; es decir, las enfermeras se mantienen más común en niveles de sobrepeso y obesidad grado I y II. Lo más frecuente fue encontrar que tenían un IMC de 29.04 dentro del parámetro para obesidad.

La proporción de IMC para el personal de enfermería con base en la clasificación de la NOM-174-ISSA-1998 determinó que 14 % de las trabajadoras presenta un estado de masa corporal normal; sin embargo, 21 % presentó sobrepeso y 65 %, obesidad (cuadro 3).

Cuadro 3. Proporción de IMC en personal de enfermería

Normal	14 %
Sobrepeso	21 %
Obesidad	65 %

La proporción de estado de nutrición de acuerdo con una masa corporal normal fue muy baja, considerando que ésta tenía que ser mayor según las recomendaciones de salud; para este caso el que ocupó mayor peso estadístico fue la obesidad, contrario a las recomendaciones de salud nutricional (figura 2).

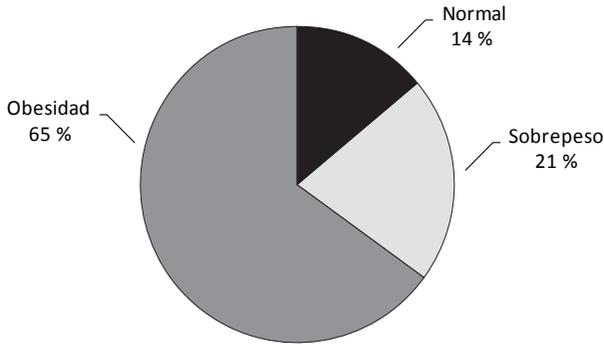


Figura 2. Proporción de IMC en personal de enfermería.

Los médicos

De acuerdo con el perfil profesional, el personal médico medido ($n = 25$) representó 45 % de los trabajadores en su rama. En cuanto a la medición general del IMC, éste varió: el más bajo fue para un médico con 21.6, lo que se considera como normal; sin embargo, el IMC más alto correspondió a un médico con 33.3, representado como obesidad grado II. Lo más frecuente en los médicos fue un IMC de 27.62, correspondiendo a obesidad grado I.

La proporción de IMC para el personal médico con base en la clasificación de la NOM-174-1SSA-1998 correspondió en un 16 % del personal

a un estado nutricional en masa corporal normal; sin embargo, 32 % presentó sobrepeso y 52 % obesidad, en proporción general menor al grupo de enfermería (cuadro 4).

Cuadro 4. Proporción de IMC en personal médico

Normal	16 %
Sobrepeso	32 %
Obesidad	52 %

La proporción de estado nutricio en masa corporal normal fue muy baja, considerando que ésta debería ser mayor según las recomendaciones de salud; para este caso, el que ocupó mayor peso estadístico fue la obesidad en casi la mitad de los casos (figura 3).

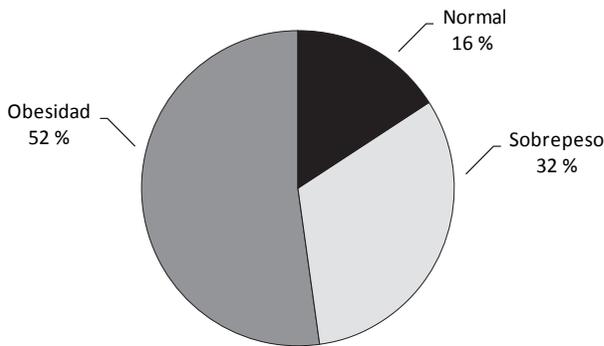


Figura 3. Proporción de IMC en personal médico.

Personal administrativo

El personal administrativo medido (n = 68), representando 60 % del total de su rama, tuvo en su mayoría un IMC de 27.7, es decir, se presentaron como obesos. En cuanto a la medición general del IMC, el más bajo se encontró en un administrativo con 21.1, lo que se considera como normal; sin embargo, el IMC más alto correspondió a un trabajador con 49.3, cifra extraordinariamente alta que se clasifica como obesidad grado III, tendiente a grado IV.

El IMC más frecuente para el personal administrativo fue de 29.62, obesidad. La proporción de IMC para dicho personal con base en la clasificación de la NOM-174-ISSA-1998 señala que un 13 % presentó un estado nutricional de masa corporal normal; sin embargo, 18 % tenía sobrepeso y 69 % obesidad, en proporción general mayor con el resto del personal (cuadro 5).

Cuadro 5. Proporción de IMC en personal en administrativo

Normal	13 %
Sobrepeso	18 %
Obesidad	69 %

La proporción del estado nutricional de masa corporal normal fue muy baja, considerando que ésta debería ser mayor según las recomendaciones de salud. Para este caso, el que ocupó mayor peso estadístico de las tres categorías fue la obesidad de manera alarmante (figura 4).

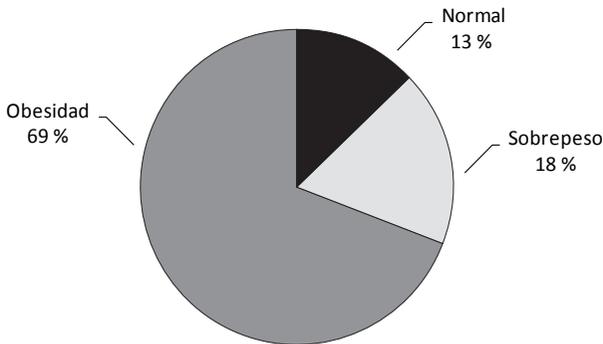


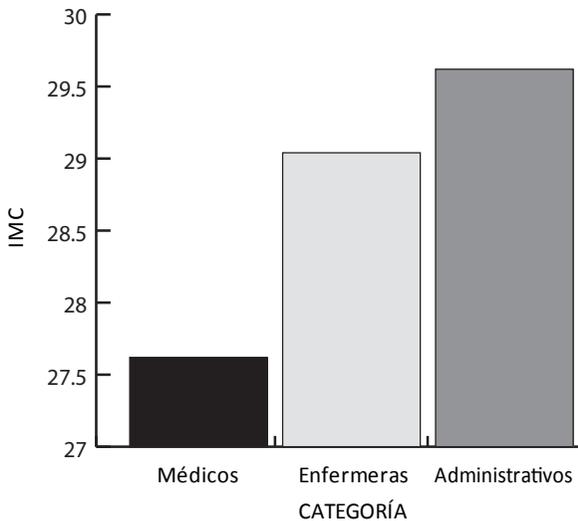
Figura 4. Proporción de IMC en administrativos.

En términos generales, la frecuencia del índice de masa corporal en las tres categorías de personal hospitalario fue tendiente a la obesidad y en ningún caso al sobrepeso o al estado normal, notándose más esta proporción en el personal administrativo, luego en el de enfermería y finalmente en el médico (cuadro 6).

Cuadro 6. Proporción de IMC en general

IMC general	
Médicos	27.62 %
Enfermeras	29.04 %
Administrativos	29.62 %
IMC promedio	28.76 %

Los médicos fueron los menos obesos, a diferencia de las enfermeras y los administrativos (figura 5). Es notorio cómo esta diferencia nutricia está relacionada con la segmentación social entre los médicos y el demás personal (enfermeras y administrativos), pues aquellos integran dentro de su identidad cultural, de acuerdo con las entrevistas, al deporte o actividades como la yoga⁶ o la meditación como indicadores de estatus en la forma de ser del médico. La inclinación deportiva es más notoria en médicos especialistas que en médicos generales o médicos familiares.

*Figura 5.* Proporción de la media para las tres categorías en cuanto a IMC.

⁶ Yoga como disciplina, no como conocimiento.

Prevalencia por género

En general, y según la NOM-174-SSA1-1998 para el manejo integral de la obesidad, las mujeres mostraron peso normal en un 15 %, sobrepeso en un 24 % y obesidad en un 61 %. Para el caso masculino, el peso normal se encontró en 13 %, el sobrepeso en 17 % y la obesidad en 70 % (figura 6). Se observa que los sujetos masculinos y femeninos son similares en cuanto a la frecuencia para peso normal; sin embargo, existe diferencia en sobrepeso y obesidad: las mujeres resultaron tener mayor frecuencia de sobrepeso que los varones; no obstante, éstos se encontraron con mayor frecuencia en la obesidad que las mujeres.

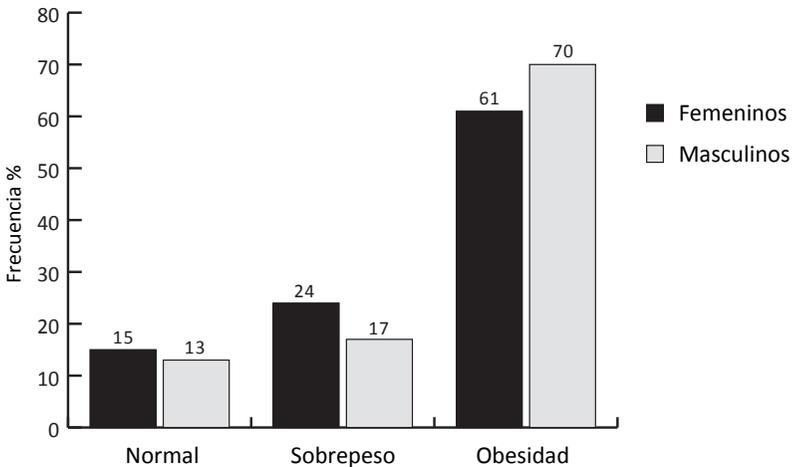


Figura 6. Comparación de proporción de IMC entre hombres y mujeres.

Proporción para el perímetro de la cintura

El perímetro de la cintura en mujeres de las tres categorías varió de 65 a 135 cm, teniendo una media de 92.2 cm. En el caso de los hombres varió de 83 a 122 cm, con una media de 96.8 cm. Estos límites sobrepasan lo considerado en la *Norma Oficial Mexicana* NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, que refiere que el límite saludable para la mujer debe de ser hasta los 80 cm y para el hombre, hasta los 94 cm (Martínez 2008: 98). Sin embargo, a pesar de que el IMC muestra mayor obesidad en los hombres que las mujeres,

en relación con el perímetro de cintura son éstas las que se encuentran más alejadas de los valores normales, con diferencia de la normalidad de 12.2 cm contra 2.8 cm en los varones. Ésta puede deberse a que las mujeres tienden más a mantener una obesidad ginecoide, es decir, más obesas de la cintura hacia abajo, mientras que los hombres tienden a una obesidad androide, que está dada de la cintura hacia arriba.

LA VIDA INTRAHOSPITALARIA; DIETA Y EJERCICIO

Los estilos de vida urbanos están vinculados con el acceso a comida rápida de pobre valor nutricional, que presenta exceso de carbohidratos y lípidos. Este caso es compatible con la forma de vida de los trabajadores de salud de esta unidad médica, como muchas otras en el país que, como se ha referido, prefieren consumir alimentos que se ofrecen afuera de la clínica. El personal del hospital en su mayoría, sobre todo el administrativo, desconoce los valores nutritivos de los alimentos y piensan que el jugo de naranja tiene bajo aporte calórico, que es sano y recomendable para no subir de peso, concepto erróneo ya que el jugo de naranja tiene un contenido calórico similar al de la misma proporción de un refresco Coca-Cola: 200 ml de jugo natural de naranja (240 mg de naranja) tienen 108 calorías, mientras que 200 ml de Coca-Cola contienen 88 calorías. En caso de la creencia del yogur: el industrial de 220 ml contiene 160 calorías, más los contenidos de fructosa,⁷ o el yogur natural de 220 ml que, suplementado con frutas, completa su contenido en aproximadamente 100 calorías (cálculo basado en Rodríguez 2011: 53). Pero los jugos de naranja y el yogur que se consumen no son de 200 ml, sino de aproximadamente el triple: alrededor de 600 ml, 324 calorías en jugo de naranja y 300 en yogur. En otros casos, los trabajadores prefieren tomar refrescos llamados *light* o *diet*, o la Coca-Cola Zero por considerarlos sanos, desconociendo los efectos que tienen los sustitutos hipocalóricos del azúcar, como los acesulfames y aspartame, este último formado por fenilalanina, ácido aspártico y metanol, relacionados con efectos cancerígenos (Roberts 2004: 96), y para el caso de la Coca-Cola Zero, el controversial ciclamato de sodio relacionado con daños a la salud.

⁷ El metabolismo de la fructosa genera mayor colesterol que el del azúcar simple; por lo tanto, ingresado en la dieta a través de los refrescos, causa mayores daños a la salud estimulando el sobrepeso y la obesidad.

El personal de enfermería y el médico conocen mejor estas características alimenticias; sin embargo, a pesar de que aparentemente tienen este conocimiento, mantienen dietas hipercalóricas. Se notan los hábitos tradicionales para hacer comidas intrahospitalarias con base en alimentos proporcionados por los servicios ambulantes, los cuales, por la descripción, tienen contenidos hiperlipídicos e hipercalóricos.

En la observación realizada, notamos cómo los ambulantes no sólo son bien conocidos por los trabajadores, sino que tienen acceso a entregar la comida hasta las oficinas y áreas de trabajo; existen para esto aproximadamente cuatro vendedores que cumplen pedidos hasta el interior del hospital. Otro caso es el de la camioneta de la panadería que se estaciona afuera del hospital, precisamente en el área prohibida. A su llegada, por lo general a las 5:00 de la tarde, el panadero avisa a recepción de urgencias y ésta avisa por teléfono a los diversos servicios, quienes ya tienen preparado café para acompañarlo con distintas piezas de pan dulce que le compran. Hay otros vendedores que pasan en cada turno, sobre todo en el matutino, llegan hasta los consultorios, laboratorios y oficinas para invitar, y en algunos casos insistir de manera graciosa, el consumo de sus calóricos productos. Es tanta la familiaridad con los vendedores ambulantes en el interior del hospital que incluso registramos la ocasión en que un paciente que se mantenía en periodo de ayuno por un estudio imagenológico programado, estando hospitalizado pudo comprar un pambazo a una vendedora que ingresó hasta el área de camas a ofrecer sus productos.

Hay poca costumbre de llevar al hospital alimentos preparados en la casa y la mayoría de las veces éstos no tienen una lógica nutricional. En algunos servicios existen dinámicas alimentarias para desayunar, en esos casos se reparten los días en que un trabajador lleva desayuno para todos, generalmente de alto contenido calórico; en otros casos, los trabajadores se dividen entre todos lo que van a llevar para desayunar. Invariablemente, el consumo de refresco no falta: unos 600 ml por persona, equivalentes a 264 calorías.

En las entrevistas registramos varios discursos o “códigos en vivo” de los trabajadores, en los que refieren los problemas que tienen por el horario: “no me da tiempo de desayunar, entramos muy temprano al hospital: Llego a la casa después de las cinco de la tarde, no es posible comer normalmente entre semana”.

Los trabajadores tienen un ingreso alimentario basado en la tradición culinaria mexicana, conformado por los llamados *antojitos*, pero también muestran la articulación doméstica que tienen las madres o trabajadoras solteras con sus propias madres o sus suegras: “las cenas son variadas, a veces son tortas, a veces unos antojitos, como garnachas o tamales, a veces sólo café con un pan... En mi casa cocina mi suegra, ahí comen mis hijos y yo llego a comer, pero muy poco porque ya comí en el hospital... sólo como normal el fin de semana. Gracias a Dios, mi mamá cocina y yo llego a comer” (códigos en vivo de varios trabajadores).

El acceso a la comida hipercalórica de los puestos ambulantes genera una alimentación fácil entre los trabajadores. Esta facilidad está relacionada tanto con el acceso al alimento como con su costo:

Siempre hay puestos que venden comida afuera del hospital... desayunamos variado, a veces tortas, a veces pambazos o unas memelitas... El personal de cocina casi siempre manda a traer memelitas para desayunar... hay un señor que nos trae comida desde hace muchos años... Traigo algo de comida para desayunar o comer y lo demás lo completo con lo que venden afuera... nos organizamos y cada quien, una vez a la semana, trae desayuno para todas... pueden ser taquitos, enmoladas, fruta, jugos... a veces desayuno algo fuera del hospital... no sale tan caro comer aquí (códigos en vivo de varios trabajadores).

Los hábitos relacionados con el ejercicio son poco frecuentes tanto dentro como fuera del hospital; así como la mayoría no desayuna en sus domicilios por entrar a las 7:00 o a las 8:00, no les da tiempo de ejercitarse antes o después de asistir al hospital. Los trabajadores muestran algunas posibilidades para hacer ejercicio, aunque no son constantes ni serias. El hospital no ofrece oportunidad de hacer ejercicio y sólo hacen actividad física en las vísperas de los juegos del sindicato de trabajadores del ISSSTE que se hacen anualmente, y eso, sólo los que competirán; sin embargo, los entrenamientos son limitados. Sólo hay un trabajador que es maratonista y para ello entrena por su cuenta.

El ejercicio se realiza de acuerdo con las diferencias profesionales: los médicos muestran más oportunidad para el que se realiza en clubes o asociaciones deportivas, mientras que las enfermeras y los administrativos realizan en parques públicos: sin embargo, registramos dos

médicos ginecólogos –hombre y mujer– que por su cuenta corren en la calle, a falta de espacios cercanos para hacerlo:

No me da tiempo... a veces el fin de semana... no hay lugar para hacer ejercicio... algunas se meten a los aerobics... trato de caminar, pero no hay tiempo... Trabajo en el hospital y en la tarde debo de atender a los hijos, no me da tiempo de hacer ejercicio... con tanto trabajo no me da tiempo, no hay oportunidad... El único ejercicio es el que hacemos en el mismo trabajo... tenemos que cargar pacientes, caminar muchas veces, ése es el ejercicio que hacemos... No se me hace que hagamos ejercicio, imagínese, todas sudadas atendiendo a los pacientes... hay cirugías que nos hacen hacer ejercicio... Una que otra va a la zumba, pero por temporadas... Estaría bien que hubiera un gimnasio en el hospital (códigos en vivo de varios trabajadores).

CONCLUSIONES

De acuerdo con la comparación con otros estudios, es más impactante el sobrepeso y la obesidad en trabajadores de esta unidad médica en comparación con otras estudiadas, siendo esto relacionado por los estilos de vida ajenos al ejercicio, por la falta de oportunidad y la falta de intención, al igual que el acceso fácil a alimentos hipercalóricos que se distribuyen de manera ambulante.

Con base en los resultados ofrecidos por la Encuesta Nacional de Salud por entidad federal realizada en el año 2006 (Rodríguez 2007: 76), 71.9 % de las mujeres y 66.7 % de los hombres mexicanos mayores de 20 años tienen exceso de peso, es decir, un IMC mayor a la puntuación 25. Los datos encontrados en nuestro estudio superan los valorados en el ámbito nacional, correspondiendo 13.1 % más en las trabajadoras del ISSSTE y 23.3 % más para los trabajadores (cuadro 7).

Estas diferencias son más significativas por perfiles profesionales, los cuales reproducen dietas más nutritivas para el personal médico y menos nutritivas para el administrativo; sin embargo, es evidente que el personal de salud no es un buen ejemplo de salud nutricional. Es importante notar que los datos de nutrición en población general de Veracruz están sobre los límites permisibles, más aún se muestra la población trabajadora de salud de este hospital.

Cuadro 7. Comparación nutricional entre trabajadores de salud de la muestra y población del estado de Veracruz

	Sobrepeso y obesidad según Encuesta Nacional Salud 2006, población general Veracruz	Sobrepeso y obesidad en trabajadores de salud CH ISSSTE Orizaba, 2006
Masculinos	66.7 %	87 %
Femeninos	71.9 %	85 %

Conforme a estos resultados es importante reconsiderar la estructura comercial que circunda los hospitales, pues la influencia de comida hipercalórica no solamente impacta en los trabajadores, sino también en los cuidados de enfermos quienes entran a la dinámica alimenticia del alto contenido energético. Se requiere ampliar el estudio para considerar la influencia del perfil nutritivo de los trabajadores del ISSSTE con la epidemiología local relacionada con las enfermedades crónico-degenerativas, como la hipertensión, diabetes mellitus o cardiopatías; es decir, no sólo saber que tienen obesidad y qué factores la están promoviendo, sino también con qué impacto repercute en su salud. Se debe considerar la necesidad de promover el ejercicio como un estilo de vida, impulsando las facilidades para éste, al igual que su reconocimiento. Las formas de socialización local a través de la comida requieren modificaciones y la información nutricia que tienen los trabajadores de salud necesita ser mejor orientada, delimitando el conocimiento popular que se tiene sobre lo que es nutritivo, ya que en la mayoría de las ocasiones esa información es errónea.

Es considerable la relación de los estilos de vida urbana y su influencia en el sobrepeso y la obesidad. Es necesario analizar las formas de distribución y acceso a alimentos hipercalóricos, considerando que las formas en las que actualmente se estructuran contribuyen de manera impulsiva al aumento en la frecuencia de la obesidad y del sobrepeso en los trabajadores, quienes por sus dinámicas laborales condicionan los estilos y la economía alimentaria.

REFERENCIAS

BESSESEN, DANIEL

1999 “Obesidad”, Michael T. McDermott (coord.), *Secretos de la endocrinología*, McGraw-Hill Interamericana, México: 76- 89.

FONG MATA, EFRÉN RICARDO, MÓNICA ZAZUELA CASTAÑEDA, DALIA FLETES GONZÁLEZ Y CRISTINA PÉREZ HERNÁNDEZ

2006 “Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de enfermería”, *Medicina Interna*, 22 (2): 81-84.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

2008 [en línea] “Circunferencia de la cintura”, Dirección de prestaciones médicas, <www.imss.gob.mx/salud/nutricion/circunferencia_cintura.htm> [consulta: 3 de agosto de 2010].

MARTÍNEZ-HERVÁS, SERGIO, PEDRO ROMERO, JORDI FERRI, TERESA PEDRO, JOSÉ T. REAL, ANTONIA PRIEGO, JOSÉ F. MARTÍNEZ-VALLS Y JUAN F. ASCASO

2008 Perímetro de cintura y factores de riesgo cardiovascular, *Revista Española de Obesidad*, 6 (2): 97-104.

PALACIOS RODRÍGUEZ, RAÚL GABRIEL, CATARINA MUNGUÍA MIRANDA Y ARMANDO ÁVILA LEYVA

2006 “Sobrepeso y obesidad en personal de salud”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44 (5): 449-453.

ROBERTS, H. J.

2004 [en línea] “Aspartamo”, *Revista de Medicinas Complementarias. Medicina Holística*, 65: 88-99, <<http://www.amcmh.org/PagAMC/medicina/articulospdf/65Aspartamo.pdf>> [consulta: 27 de enero de 2012].

ROCHA MANILLA, RAMÓN C, MARÍA OLIVIA DE LA ROSA ROMERO, ANEL ALFARO ALVARADO, MARIO JUÁREZ REYES Y WENDY BORROMEIO CONCHA

2008 “Estudio de nutrición en trabajadores de la Clínica Hospital ISSSTE Orizaba, Veracruz”, *Memorias Foro Intrauniversitario de Investigación en Salud*, Universidad Veracruzana, Xalapa: 126-132.

RODRÍGUEZ, MERCEDES Y PAULINA CANCHOLA

2011 *Fuera kilos*, 2 (10).

RODRÍGUEZ H., MARIO, EDUARDO LAZCANO, BERNARDO HERNÁNDEZ PRADO Y CARLOS OROPEZA ABÚNDEZ

2007 *Encuesta nacional de salud y nutrición por estado (Veracruz)*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca.

SECRETARÍA DE SALUD

1994 [en línea] “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus”, Secretaría de Salud, <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/015ssa24.html>> [consulta: 22 de enero de 2012].

1998 [en línea] “Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad”, Secretaría de Salud, <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>> [consulta: 22 de enero de 2012].

SERVÍN RODAS, MARÍA DEL CARMEN

2005 *Nutrición básica y aplicada*, Universidad Nacional Autónoma de México.

SHAMAH LEVY, TERESA, LUCÍA CUEVAS NASU, VERÓNICA MUNDO ROSAS, CARMEN MORALES RUÁN, LETICIA CERVANTES TURRUBIATES Y SALVADOR VILLALPANDO HERNÁNDEZ

2008 [en línea] “Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional”, *Salud Pública de México*, 50, (5): 383-389, <<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v50n5/a11v50n5.pdf>> [consulta: 27 de enero de 2012].

VARGAS, LUIS ALBERTO

2008 “Apuntes sobre antropometría tomados en el curso de Antropología Médica”, impartido durante los meses de marzo a junio, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México.



Editado por el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM, se terminó de imprimir el 30 de diciembre de 2014, en los talleres de Navegantes de la Comunicación Gráfica, Pascual Ortiz Rubio No. 40, San Simón Ticumac, Benito Juárez, C. P. 03660, México, D.F. Flor Moyao hizo la composición en tipo ITC New Baskerville 11/13, 10/12 y 9/11 puntos; la corrección estuvo a cargo de René Uribe y Priscila Saucedo García. La edición consta de 500 ejemplares impresos en offset, en papel cultural de 90 g, encuadernación rústica y estuvo al cuidado de Ada Torres.

Prácticas alimentarias y condiciones de salud en la región de Orizaba

Aproximaciones antropológicas

La región de Orizaba, en el centro-oriente del estado de Veracruz, se caracteriza por la diversidad de su población y de sus expresiones culturales. En este libro se abordan, en particular, temas referentes a la nutrición y a la salud como las pautas alimentarias y los estilos de vida en relación con el crecimiento infantil, el fenómeno del incremento del sobrepeso y la obesidad y el manejo de la diabetes, todo ello en diferentes contextos socioculturales presentes en la región.

El propósito de la obra es contribuir al conocimiento de una problemática de gran actualidad académica, pero que tiene también amplias implicaciones sociales, desde la línea de estudio en la antropología de la salud.

