



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,  
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
FACULTAD DE MEDICINA

**MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIOMÉDICAS**  
ANTROPOLOGÍA EN SALUD

**SABERES Y EXPERIENCIAS DE ALIMENTACIÓN EN ADULTOS CON  
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL MUNICIPIO DE JOCOTITLÁN,  
ESTADO DE MÉXICO**

**TESIS**  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRA EN CIENCIAS

**PRESENTA**  
MARIE ANHEL GUADALUPE RAMÓN VILLEGAS

**TUTORA PRINCIPAL**  
Dra. Elia Nora Arganis Juárez  
Facultad de Medicina, UNAM

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR**

|   |   |
|---|---|
| Dra. María del Carmen Calderón<br>Benavides<br>Hospital General de México | Dr. Roberto Campos Navarro<br>Facultad de Medicina,<br>UNAM |
|---|---|

Ciudad Universitaria, CD. MX., mayo, 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

*A Eduardo, Diana, Mateo y Katya.*

## AGRADECIMIENTOS

La presente investigación empezó a construirse a inicios del 2019 y al día de hoy, mayo 2023, he caminado con personas que me proporcionaron su genuino acompañamiento y son un pilar en este proceso.

En primer lugar, agradezco a la Dra. Elia Nora Arganis Juárez, quien durante estos años me ha escuchado con atención y respeto, ha sido maestra y guía y de quien, además de aprender de Antropología en Salud, aprendí de su paciencia, dedicación, compromiso y empatía, los cuales fueron soporte y motivación para la conclusión de este trabajo.

Agradezco a la directora y al personal de salud de la U.M.F. del municipio de Jocotitlán, que laboraron durante el periodo de 2019 – 2021, por el acceso y disposición para la realización de este proyecto de investigación. De igual modo, a las y los colaboradores de la investigación y a sus familiares, por la confianza de compartir su experiencia del padecimiento y de alimentación.

Agradezco a la Dra. María del Carmen Calderón, quien como miembro del Comité Tutor, guió la construcción y desarrollo de esta investigación. Así también, al Dr. Roberto Campos, quien guió y revisó la presente investigación, siempre garantizando la ética frente a las adversidades en las que se desarrolló.

Agradezco al Dr. Gilberto Hernández, por el tiempo destinado en la lectura del manuscrito, la pertinencia de sus observaciones y el entusiasmo e interés de su diálogo. Así mismo, a la Dra. Monserrat Salas, a quien con cariño agradezco por ser guía en la Antropología de la Alimentación, por su escucha atenta y respetuosa, por su enseñanza más allá de la academia y por el tiempo destinado para la revisión del presente trabajo. A la Dra. Teresa Fortoul, por la lectura, revisión y comentarios de la presente tesis, los cuales permitieron la mejora del manuscrito.

Agradezco a mis padres, Efrén Ramón (†) y Filiberta Villegas, por el regalo de la vida y por trazar un camino para mí, el cual espero algún día pueda parecerse al de ustedes. A mis hermanas y hermanos Diana, Karen, Daniel y Alejandro, por su amor, cuidado y por ser guías en mi vida, me enseñan e inspiran.

Agradezco a Daniela Trujillo, Karen González, Carolina González, Miguel Ángel Ponce y Carlos de la Cruz, por creer en mí, compartir con emoción este trayecto y por los momentos que

afirman nuestra existencia y dan paz. También agradezco a Juan Ancona, Leonardo Bastida, Mariela Rivera y Patricia Sandoval, por su apoyo y consejos, su cariño en los momentos difíciles hizo más fácil el andar, su escucha atenta y comprensiva siempre ha sido un cálido acogimiento.

Finalmente, agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca otorgada que me permitió la realización de mis estudios de posgrado y a la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme formar parte del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud.

## RESUMEN

El tratamiento nutricional es esencial para la atención a personas que padecen diabetes mellitus tipo 2, sin embargo, la alimentación involucra diversos elementos, como: económicos, culturales, sociales, entre otros, no solo biológicos. Por lo que la presente investigación tiene como objetivo describir y analizar los saberes y las experiencias de alimentación en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, sus familiares y el personal de salud que los atiende en una Unidad de Medicina Familiar (U.M.F.) del municipio de Jocotitlán, Estado de México. La metodología utilizada fue de tipo cualitativa y los instrumentos entrevistas y observación. Los resultados dan cuenta de la complejidad del proceso alimentario, pues este no solo depende de los elementos considerados al principio, sino también de otros que emergen, como: el cuerpo, el trabajo, los procesos migratorios, las emociones y el estigma. Por último, en la discusión se presentan algunas limitaciones que tienen las intervenciones nutricionales en el contexto cotidiano de las personas que padecen diabetes.

## ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| <b>INTRODUCCIÓN</b> .....  | 9   |
| <b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....                              | 11  |
| 1. Marco referencial.....  | 11  |
| 1.1 La Diabetes Mellitus tipo 2 desde el enfoque biomédico.....                                  | 11  |
| 1.2 Alimentación.....  | 13  |
| 1.3 Propuestas teóricas de la Antropología en Salud.....   | 14  |
| 2. Antecedentes.....   | 17  |
| 3. Diseño de la investigación.....   | 19  |
| 3.1 Justificación.....   | 19  |
| 3.2 Planteamiento del problema.....  | 20  |
| 3.3 Preguntas de investigación.....  | 21  |
| 3.4 Objetivos.....   | 22  |
| 3.5 Hipótesis.....   | 23  |
| 3.6 Métodos.....   | 24  |
| <b>CAPÍTULO II: DEMOGRAFÍA DE JOCOTITLÁN</b> .....   | 29  |
| 1. Acerca de Jocotitlán, México.....   | 29  |
| 1.1 Ubicación de Jocotitlán.....   | 29  |
| 1.2 Datos históricos.....  | 29  |
| 1.3 Datos sociodemográficos.....   | 31  |
| 1.4 Actividades económicas.....  | 33  |
| 1.5 Religión.....  | 35  |
| 1.6 Panorama de salud.....   | 36  |
| 1.7 Panorama nutricio y alimentario.....   | 38  |
| 2. Acerca de las y los colaboradores de la investigación.....                                    | 41  |
| 2.1 Características generales de las y los colaboradores principales.....                        | 41  |
| 2.2 Presentación de las y los colaboradores.....   | 42  |
| <b>CAPÍTULO III: SABERES DE ALIMENTACIÓN DE LAS Y LOS COLABORADORES</b> .....                    | 54  |
| 1. Representaciones sociales acerca de la alimentación y su relación con la diabetes tipo 2..... | 54  |
| 1.1 La alimentación relacionada con el desarrollo de la diabetes tipo 2.....                     | 54  |
| 1.2 La alimentación relacionada con la prevención de la diabetes tipo 2.....                     | 58  |
| 1.3 La alimentación como tratamiento de la diabetes tipo 2.....                                  | 59  |
| 1.4 Suplementos alimenticios.....  | 64  |
| 1.5 Edulcorantes.....  | 69  |
| 1.6 Alimentos industrializados.....  | 70  |
| 2. Prácticas de alimentación enfocadas a la atención de la diabetes tipo 2.....                  | 75  |
| 2.1 Proceso de alimentación.....   | 75  |
| 2.2 Prácticas alimentarias enfocadas a la búsqueda de atención.....                              | 86  |
| 3. Atención en la U.M.F. ....  | 104 |
| 3.1 Recomendaciones alimentarias.....  | 104 |
| 3.2 Herramientas y técnicas de enseñanza de alimentación en diabetes.....                        | 106 |
| 3.3 Atención nutricia.....   | 110 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>CAPÍTULO IV: EXPERIENCIA DE ALIMENTACIÓN</b> .....   | 112 |
| 1. Experiencia de alimentación antes de la diabetes tipo 2.....                                   | 112 |
| 1.1 Alimentación de la infancia.....  | 112 |
| 1.2 Alimentación cotidiana .....  | 115 |
| 1.3 Alimentación en el trabajo .....  | 118 |
| 1.4 Alimentación en contexto de migración .....   | 121 |
| 1.5 Alimentación en fiestas o eventos importantes .....   | 124 |
| 1.6 Alimentación fuera de casa .....  | 124 |
| 1.7 Preferencias, gustos y desagradados .....   | 125 |
| 2. Experiencia de alimentación después de la diabetes tipo 2.....                                 | 126 |
| 2.1 Cambios en la alimentación .....  | 126 |
| 2.2 Cambios en la alimentación de la familia .....  | 134 |
| 2.3 Alimentación cotidiana.....   | 136 |
| 2.4 Alimentación y tratamiento con insulina .....   | 143 |
| 2.5 Alimentación en el trabajo .....  | 145 |
| 2.6 Alimentación en fiestas o eventos importantes .....   | 145 |
| 2.7 Alimentación fuera de casa .....  | 147 |
| 2.8 Dificultades en torno a la alimentación.....  | 150 |
| 2.9 Prácticas alimentarias y estudios de laboratorio.....   | 154 |
| 2.10 Alimentación para disminuir <i>el azúcar</i> .....   | 155 |
| 2.11 Preferencias, gustos y desagradados .....  | 157 |
| 2.12 Cuerpo .....   | 158 |
| 2.13 Emociones.....   | 159 |
| 3. Alimentación y COVID – 19 .....  | 160 |
| 3.1 Cambios en la alimentación derivados de la pandemia.....                                      | 160 |
| 3.2 Enfermar de COVID – 19.....   | 164 |
| <br>  |     |
| <b>CAPÍTULO V: SABERES Y EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE SALUD</b> .....                              | 165 |
| 1. Representaciones sociales acerca de la alimentación y su relación con la diabetes tipo 2 ..... | 165 |
| 1.1 La alimentación relacionada con el desarrollo de la diabetes tipo 2 .....                     | 165 |
| 1.2 La alimentación relacionada con la prevención de la diabetes tipo 2 .....                     | 166 |
| 1.3 La alimentación como tratamiento de la diabetes tipo 2 .....                                  | 167 |
| 1.4 Suplementos alimenticios .....  | 168 |
| 1.5 Edulcorantes .....  | 171 |
| 1.6 Alimentos industrializados.....   | 172 |
| 2. Atención a pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 .....                                  | 173 |
| 2.1 Atención a pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 .....                                 | 173 |
| 2.2 Plan de intervención alimentaria .....  | 189 |
| 2.3 Recomendaciones alimentarias.....   | 193 |
| 2.4 Herramientas y técnicas de enseñanza de alimentación en diabetes tipo 2 .....                 | 196 |
| 3. La alimentación de las y los pacientes desde la experiencia del personal de salud .....        | 198 |
| 3.1 Descripción general.....  | 198 |
| 3.2 Prácticas de autoatención relacionadas con la alimentación .....                              | 204 |
| 3.3 Dificultades en torno a la alimentación.....  | 204 |
| 3.4 Familia.....  | 210 |
| 3.5 Recursos y obstáculos de la comunidad.....  | 211 |
| 3.6 Estigma .....   | 213 |



|   |            |
|---|------------|
| 3.7 Emociones.....  | 215        |
| 4. Alimentación y COVID – 19 .....  | 216        |
| 4.1 Cambios en la alimentación derivados de la pandemia.....                        | 216        |
| <b>CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN TEÓRICA Y CONCLUSIONES .....</b>                          | <b>218</b> |
| 1. Discusión teórica.....   | 218        |
| 1.1 Representaciones sociales de la alimentación y la diabetes mellitus tipo 2..... | 218        |
| 1.2 Prácticas de alimentación enfocadas a la atención de la diabetes tipo 2 .....   | 228        |
| 1.3 Atención a la diabetes en la U.M.F. ....  | 234        |
| 1.4 Experiencia de alimentación antes de padecer diabetes .....                     | 242        |
| 1.5 Experiencia de alimentación después de padecer diabetes .....                   | 245        |
| 1.6 Alimentación y COVID – 19 .....   | 255        |
| 1.7 Alimentación, diabetes y corporalidad .....                                     | 256        |
| 1.8 Emociones, estigma y alimentación.....  | 257        |
| 2. Conclusiones .....   | 259        |
| <b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>   | <b>263</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>  | <b>271</b> |

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo describe y analiza los saberes y experiencias de alimentación en personas con diagnóstico de diabetes, sus familiares y el personal de salud que los atiende en una Unidad de Medicina Familiar ubicada en el municipio de Jocotitlán, Estado de México.

El proceso que me llevo a interesarme por este tema de investigación está definido por momentos específicos de mi trayectoria de vida. En primer lugar, mi formación como nutrióloga me llevo a interesarme por el tema de la alimentación; sin embargo, mientras estudiaba en la universidad, siempre tuve un acercamiento al estudio de los problemas de salud desde un enfoque social, muy característico de la Universidad Autónoma Metropolitana. Esta aproximación, estimulante y muy motivante, generaron inquietudes que necesitaban ser resueltas.

Posteriormente, para continuar con mi formación académica, cursé el Diplomado de Formación de Educadores en Diabetes. En ese momento, genuinamente, sobreestimé los alcances de la educación en diabetes, pues, sí bien la alimentación es un elemento central en la atención de enfermedades crónicas, como la diabetes, las intervenciones nutricias tienen diversas limitaciones.

Decidí realizar el presente trabajo de investigación en Jocotitlán, Estado de México, pues, tuve la oportunidad de realizar prácticas de nutrición clínica en la U.M.F. mientras estudiaba la licenciatura. Conocía algunos elementos del contexto del municipio, sabía que a pesar de ser una zona industrial, aún se conservaban muchas prácticas tradicionales en torno a la alimentación y que la diabetes era una enfermedad frecuente que se atendía en la Unidad.

La pandemia de COVID-19 significó un gran reto en el desarrollo de la investigación, ya que implicó establecer una relación con las y los colaboradores mediada por diversos recursos tecnológicos, pese a ello, tuve la oportunidad de que compartieran sus saberes sobre la alimentación y los cambios que han realizado para enfrentar su padecimiento.

La presente investigación está organizada en seis capítulos y anexos, su contenido se resume a continuación:

En el **Capítulo I: Marco teórico y diseño de la investigación** se definen los aspectos teóricos utilizados en la investigación y se presentan las teorías antropológicas que guiaron el trabajo.

De igual modo, contiene los antecedentes y el diseño de investigación (justificación, planteamiento del problema, preguntas de investigación, objetivos, hipótesis y metodología).

En el **Capítulo II: Demografía de Jocotitlán** se describen algunos aspectos de la demografía de Jocotitlán, entre ellos: datos históricos, sociodemográficos, actividades económicas, religión, panorama de salud, nutricio y alimentario. También, se hace una breve presentación de cada colaborador que participó en la investigación.

El **Capítulo III: Saberes de alimentación de las y los colaboradores** contiene la descripción etnográfica de los saberes alimentarios de las y los colaboradores. En él, se abordan sus representaciones sociales acerca de la alimentación y su relación con la diabetes, sus prácticas de alimentación enfocadas en la atención de la diabetes y la atención que recibieron en su Unidad de Medicina Familiar.

El **Capítulo IV: Experiencia de alimentación** contiene la descripción etnográfica de la experiencia de alimentación de las y los colaboradores<sup>1</sup> antes y después del diagnóstico de la diabetes. De igual modo, se incluyen las consecuencias que hubo en su alimentación derivadas de la pandemia causada por COVID – 19.

El **Capítulo V: Saberes y experiencia del personal de salud** contiene la descripción etnográfica de los saberes y la experiencia del personal de salud. En él, se abordan sus representaciones sociales acerca de la alimentación y su relación con la diabetes, su experiencia en la atención a pacientes con diagnóstico de diabetes, que engloba los conocimientos que tienen acerca de la alimentación de sus pacientes y los cambios de alimentación que tuvieron causados por la pandemia de COVID – 19.

En el **Capítulo VI: Discusión teórica y conclusiones** se presenta la discusión entre la información obtenida, los resultados de otras investigaciones y algunas teorías antropológicas. En las conclusiones se hace referencia de los alcances y limitaciones de la investigación, se proponen líneas de investigación y se reflexionan algunos aspectos del diseño de investigación.

En los **Anexos** se incluyen el guion de entrevista y observación, la carta de consentimiento informado, la revocación del consentimiento informado y el dictamen del proyecto ante el Comité de Ética de la Investigación.

---

<sup>1</sup> El capítulo III y IV describen información de las y los pacientes y del único familiar que se entrevistó.

# **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

## **1. MARCO REFERENCIAL**

### **1.1 LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 DESDE EL ENFOQUE BIOMÉDICO**

#### **1.1.1 DEFINICIÓN DE LA ENFERMEDAD**

De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (I.D.F.) (2019), la diabetes es una enfermedad crónica causada por la deficiencia total de insulina o por el uso ineficaz de esta hormona por parte del cuerpo, lo que deriva en hiperglucemia, es decir, niveles elevados de glucosa en sangre (p. 12). La diabetes tipo 2, se caracteriza por la producción inadecuada de insulina, además de un proceso conocido como resistencia a la insulina, que significa que las células del organismo no pueden hacer un uso correcto de la insulina, por lo tanto, no captan la glucosa y esta se va concentrando en la sangre (p. 14).

#### **1.1.2 EPIDEMIOLOGÍA**

La diabetes mellitus es una enfermedad cuya prevalencia ha aumentado significativamente en los últimos años. De acuerdo con datos de la I.D.F. (2019), en el mundo, 463 millones de personas de entre 20 y 79 años viven con diabetes (p. 6); así mismo, México ocupa el 6° lugar a nivel mundial en prevalencia de diabetes, ya que, alrededor de 12.8 millones de personas la padecen en el país (p. 39). La prevalencia a nivel nacional, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2018 – 19, es de 11.4% en mujeres y de 8.6% en hombres, es decir, el 10.3% de la población total.

#### **1.1.3 TRATAMIENTO**

El tratamiento para la diabetes está establecido en la ‘Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus’. Esta norma indica que el objetivo del tratamiento es ‘aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones’ y propone un plan de manejo integral para la atención de la diabetes que se basa en seis componentes: metas de tratamiento, tratamiento farmacológico, educación al paciente, automonitoreo, vigilancia de complicaciones y manejo no farmacológico. El

manejo no farmacológico es la base del tratamiento para la prediabetes y la diabetes, se basa en un programa de educación terapéutica más un plan de alimentación, control de peso y actividad física.

Así mismo, este documento proporciona las características que debe cumplir la alimentación para una persona que vive con diabetes. Estas propuestas de cambios en la alimentación se centran en modificaciones en la cantidad y calidad de los alimentos, a partir de conductas individuales, con la noción de que el sujeto puede elegir y actuar en términos intencionales y responsables. Al respecto, Menéndez (1998) refiere que en algunos casos las posibilidades personales y del grupo social de pertenencia pueden favorecer la modificación de sus comportamientos, mientras que a otros sujetos o grupos les es mucho más difícil debido a condiciones estructurales de orden económico y también cultural que limitan o impiden la posibilidad de elección (p. 50).

Sí bien las prescripciones de alimentación establecidas por el Sistema de Salud están enfocadas en la nutrición, el proceso alimentario, de acuerdo con Bertrán (2015), involucra otros factores como: los económicos, socioculturales, políticos y psicológicos; además, que está determinado por la disponibilidad de alimentos, las limitaciones económicas y las ideas sobre alimentos propias de los individuos y las generadas por los medios de comunicación y los servicios médicos. Así mismo, las prácticas alimentarias, según Ferreira (2012), representan 'la identidad cultural, la condición social y la memoria familiar expresada en los procedimientos relacionados con la elección, preparación y consumo de alimentos' (p. 63); aunado a esto, la autora refiere que el comensalismo es un punto fundamental en la generación de relaciones sociales en diferentes grupos sociales, pues las sensaciones compartidas en las comidas colectivas contribuyen a la cohesión del grupo.

Desde la biomedicina, se reconoce que los cambios en el estilo de vida en particular los cambios en la alimentación son aspectos que predisponen a la enfermedad, como ejemplo tenemos artículos como los de Rodríguez y Guerrero (1998) que al realizar estudios comparativos sobre pacientes con diabetes tipo 2 habitantes de comunidades urbanas y rurales del estado de Durango, encontraron una mayor frecuencia de diabetes entre la población urbana que obedece a factores relacionados con el proceso de occidentalización que implica un menor consumo de fibra en la dieta y mayor sedentarismo, que favorecen el desarrollo de la obesidad.

Otros autores como Alvarado, et al. (2001) analizaron la prevalencia de la diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes del estado de Querétaro. Entre sus resultados destaca una

mayor presencia de la diabetes entre los hombres que se relaciona con los cambios en sus hábitos alimentarios cuando salen de sus comunidades a buscar trabajo en la ciudad. De allí, que planteen la necesidad de un estudio que precise los factores de la dieta implicados en el fenómeno de la nutrición de grupos indígenas, que apoye el diseño de medidas preventivas ante la inminente transculturación de los tradicionales patrones de alimentación en las comunidades indígenas mexicanas (p. 462).

## **1.2 ALIMENTACIÓN**

### **1.2.1 PANORAMA DE LA ALIMENTACIÓN ACTUAL EN MÉXICO**

La alimentación de hoy en día es el resultado de una serie de hechos históricos y económicos. A nivel global, Cabrera, et al. (2019) afirman que la alimentación fue transformada por dos acontecimientos históricos. El primero fue el descubrimiento de América, que permitió un intercambio internacional no sólo de alimentos, también de saberes, que forman parte de la diversidad de las dietas actuales. La industrialización, es otro suceso histórico que cambió la alimentación. El desarrollo de máquinas y tecnologías revolucionó la agricultura, cambió la relación entre productor – consumidor y la producción de alimentos se tornó con fines de lucro y se subordinó al mercado. Por otro lado, el sistema capitalista, impulsó el crecimiento de la fuerza laboral a través de nuevos alimentos, horarios, espacios y formas de consumo.

A nivel global, se presenta un proceso conocido como ‘transición alimentaria’, que de acuerdo con Ortiz, et al. (2006) se caracteriza por el abandono de las dietas tradicionales<sup>2</sup> y el incremento del consumo de grasa total, grasa saturada y azúcares simples. El cambio de dieta y la disminución de actividad física están relacionados con el deterioro de la salud y el incremento de las enfermedades crónicas como la diabetes, por lo que, el proceso de transición alimentaria también va acompañado de una transición epidemiológica.

La alimentación actual en México, si bien responde a diversos fenómenos globales, también ha sido definida por las decisiones de diversos gobiernos, cuya principal preocupación ha sido la económica. De acuerdo con Ortiz, et al. (2005) y Bertrán (2015), con la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio de América del Norte fueron desapareciendo los incentivos para la producción de alimentos básicos, lo que, generó dependencia de alimentos básicos del exterior; aunado a esta

---

<sup>2</sup> Las cuales se basaban en un alto consumo de cereales y tubérculos (Ortiz, et al., 2006).

situación, las crisis económicas han repercutido en la calidad de alimentos que se consumen<sup>3</sup>, condición relacionada, también, con la obesidad y la desigualdad social.

### **1.3 PROPUESTAS TEÓRICAS DE LA ANTROPOLOGÍA EN SALUD**

#### **1.3.1 SABERES**

Para acercarnos a entender esta relación entre alimentación y diabetes utilizaremos el enfoque de Eduardo Menéndez (2009), que plantea que las personas construyen saberes: ‘el conjunto de representaciones y prácticas que construye un individuo con un padecer a partir de sus grupos de socialización’ (p. 17).

Las representaciones sociales, de acuerdo con Osorio (2001):

Son el conjunto de nociones, conocimientos, creencias, actitudes, imágenes y valores, elaborados y compartidos socialmente, que estructuran la relación de los sujetos con la realidad a través de una determinada manera de designarla, aprehenderla e interpretarla, orientado sus modos de acción y moldeando sus experiencias con dichos significados. (p. 15)

De acuerdo con Olivé (2004), se entiende por práctica social al ‘complejo de acciones humanas que realizan los miembros de un cierto grupo social, orientadas por representaciones –que pueden ir desde creencias y modelos hasta complejas teorías científicas–, y que tienen una estructura axiológica, es decir, normativo-valorativa’ (p. 76).

Las representaciones son guías para la acción de los sujetos sociales, quienes producen y reproducen un sistema de representaciones que se actualizan en sus prácticas, que son el conjunto organizado de conductas y acciones, rutinarias o eventuales que los conjuntos sociales llevan a cabo en distintas esferas de lo social (Osorio, 2001), sin que ello suponga una relación de similitud con la representación, de allí que no sólo se pueden observar incongruencias entre las representaciones y las prácticas, sino entre las representaciones entre sí y entre las propias prácticas (Menéndez y Di Pardo, 1996, p. 58).

#### **1.3.2 EXPERIENCIA DEL PADECIMIENTO**

---

<sup>3</sup> El mercado alimentario actual se caracteriza por el fácil acceso y la alta disponibilidad de alimentos con alta densidad energética y de bajo costo (Bertrán, 2015).

Otro concepto teórico que se considera útil en el desarrollo de este trabajo es el de experiencia del padecimiento, que de acuerdo con Mercado (1996), nos permite analizar a la enfermedad a través de una:

Perspectiva en donde se incorpore la dimensión personal y subjetiva de los propios enfermos, es decir, la interpretación de lo que les ocurre, sus variados y devastadores efectos en la vida diaria, sus expectativas, sus demandas, sus motivos, su búsqueda permanente de alternativas para su tratamiento y su valoración de la atención recibida. (p. 11)

En el caso de la relación entre alimentación y diabetes, además de tomar en cuenta los aspectos subjetivos de las personas que la padecen, se deben analizar las formas de enfrentar el padecimiento y/o sus efectos en su vida diaria y su red social más cercana y tratar de relacionarlos con las condiciones estructurales en que se encuentran, o sea: ‘analizar el padecimiento desde la perspectiva de quienes lo viven y lo sufren sin perder de vista los procesos sociales, materiales y simbólicos en que se encuentran inmersos’ (Mercado, 1996, p. 66).

### 1.3.3 NARRATIVAS DEL PADECER

Una vía de acercamiento a la experiencia del padecimiento es por medio de las narrativas del padecer, ya que en ellas, se ‘expresa el imaginario subjetivo a través de palabras y permite darle sentido al padecer y a la transformación corporal’ (Hamui, 2019, p. 11). Para describir y analizar las representaciones sociales en torno a la alimentación en diabetes, las narrativas se vuelven un recurso esencial, ya que, de acuerdo con Hamui (2019) ‘nos permiten distinguir elementos del contexto social’, puesto que, ‘en el relato se manifiestan las representaciones socioculturales’; además, las narrativas ‘permiten registrar los cambios corporales, la aparición de la enfermedad, el deterioro y las formas de atender la enfermedad’ (p. 4).

### 1.3.4 MODELOS MÉDICOS

Así mismo, para el desarrollo de este proyecto de investigación se retoma la propuesta teórica de los modelos médicos de Menéndez (1992), ya que, permite la clasificación de la atención médica en modelos: Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado y Modelo de Autoatención. Los modelos médicos, de acuerdo con el autor, son instrumentos metodológicos con características estructurales, son dinámicos y están en constante proceso de transformación.



## MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO

El Modelo Médico Hegemónico incorpora a la biomedicina, medicina alopática o medicina científica; sus principales elementos estructurales son: biologismo a nivel técnico/ideológico, racionalidad científica y medicalización de los padecimientos y comportamientos; estas características en conjunto establecen una relación de hegemonía/subalternidad respecto de otras formas de atención, tendiendo a excluirlas, ignorarlas o estigmatizarlas (Menéndez, 2005; Osorio, 2001). El carácter biologicista y biomédico de la alimentación podría explicarse a través de las recomendaciones nutricionales que se realizan en la atención de la diabetes, las cuales son prescritas por profesionales de la salud y se basan, generalmente, en la restricción del consumo de ciertos alimentos y en *una dieta equilibrada*.

## MODELO MÉDICO ALTERNATIVO SUBORDINADO

En el Modelo Alternativo Subordinado se incorporan las prácticas tradicionales, alternativas, así como prácticas médicas como la medicina ayurvédica, acupuntura, medicina tradicional china, entre otras, las cuales han sido estigmatizadas y subordinadas por el Modelo Médico Hegemónico. Sus características principales son: eficacia simbólica, tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría en la relación curador – paciente, etc. (Menéndez, 1992). Los saberes alimentarios establecidos por este tipo de prácticas y medicinas dan cuenta de la expresión de este modelo en la atención de la diabetes.

## AUTOATENCIÓN

El Modelo de Autoatención se refiere al primer nivel real de atención, son las representaciones y prácticas llevadas a cabo por los propios sujetos y grupos sociales respecto de sus padecimientos, sin la intervención de un curador profesional (Osorio, 2001). De acuerdo con Menéndez (2005), la autoatención comprende dos niveles: el amplio y el restringido. El nivel amplio se refiere a las ‘formas de autoatención enfocadas en asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y grupos sociales a nivel de microgrupos, como el grupo doméstico’ (p. 55). La preparación y distribución de alimentos son actividades que forman parte del nivel amplio de autoatención. Por otro lado, la autoatención a nivel restringido se refiere a los saberes enfocados al proceso de salud/enfermedad/atención, dentro de este nivel, se ubica la utilización de diversas sustancias para la

atención de una enfermedad; en la diabetes, una de las formas para regular los niveles de glucosa en sangre, es a través del consumo de infusiones de hierbas.

### 1.3.5 TRAYECTORIA DE ATENCIÓN Y PLURALISMO MÉDICO

El sistema de saberes que desarrolla un sujeto o conjunto social ante determinado padecimiento permite la sistematización de la trayectoria de atención (Barragán, 2005). La trayectoria de atención es la secuencia de decisiones y estrategias instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer; en ella se plasman y se operativizan los saberes, lo que da cuenta de la construcción social de padecimiento (Osorio, 2001).

De acuerdo con Menéndez (2005), la trayectoria de atención nos permite visualizar las diferentes formas de atención que realizan los sujetos ante el padecimiento, éstas tienen como objetivo prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento. Así mismo, de acuerdo con el autor, las formas de atención de una sociedad están relacionadas con condiciones religiosas, étnicas, económico/políticas, técnicas y científicas; esta diversidad de condicionantes promueve que se generen diversas formas de atención dentro de la biomedicina o de otras prácticas terapéuticas de tipo subalterno o subordinado. También, en las prácticas de los conjuntos sociales se expresa la integración de distintas formas de atención para hacer frente a un padecimiento, es decir, un *pluralismo médico* (Menéndez, 2005).

En la tesis de doctorado realizada por Mercado (1996), el autor encontró que los adultos con diagnóstico de diabetes limitan ciertas actividades u obligaciones y modifican la ingesta de determinados alimentos y bebidas con el objetivo de eliminar molestias, disminuir sus niveles de azúcar en sangre o evitar otros padecimientos. En la atención de la diabetes se refleja la síntesis, articulación y mezcla de las distintas formas de atención. Mercado (1996) señala que el proceso de la búsqueda de atención de la diabetes es dinámico y está determinado por los cambios de la propia enfermedad, la presencia/ausencia de síntomas y su grado de severidad, los efectos en la vida diaria y los recursos materiales, sociales y simbólicos disponibles. En la dinámica de este proceso se opta por acudir con algún terapeuta, el empleo de recursos propios, familiares o de los miembros de otras redes sociales existentes, ya sea de forma aislada o combinada (Mercado, 1996).

## 2. ANTECEDENTES

En las últimas décadas, se han realizado investigaciones sobre la estrecha correlación entre los cambios en la alimentación y el aumento de las enfermedades crónicas como la diabetes en diversas poblaciones: aborígenes australianos (O’Dea et al., 1980), los anishinaabe en Canadá (Garro, 1995), indígenas de Nueva Caledonia en el Pacífico Sur (Papoz et al., 1996), nativos americanos (Benyshek et al., 2001), comunidades brasileñas (Saes y Laercio, 2001), población en países en desarrollo (Maire et al., 2002), poblaciones de Camerún (Tsabang et al., 2016), Malasia (Poulain, 2018), entre otras. Así como la globalización alimentaria (Macbeth, 2011) y la introducción de alimentos procesados y bebidas embotelladas en comunidades indígenas en el sureste mexicano (Page-Pliego, 2013; Montesi, 2017; Eroza et al., 2019; Page-Pliego, 2019); y el consumo de refresco y su incidencia negativa en la salud de la población de la Zona Mazahua de los municipios de San Felipe del Progreso, Atlacomulco y Jocotitlán (Santana et al., 2013).

En México, los estudios antropológicos que abordan los saberes y la experiencia de la diabetes mellitus tipo 2, señalan que uno de los principales problemas que se presentan en la atención a esta son las indicaciones de cambio de hábitos alimentarios hacia lo que los médicos consideran una alimentación saludable (Arganis, 2004; Cardoso, 2006; López, 2006; Moreno, 2007).

De igual modo, Ferreira (2012) da cuenta de cómo las restricciones en la dieta de un grupo de adultos que padece diabetes influyen en la comensalidad, causando sensaciones de incomodidad, conflicto o vergüenza. La autora refiere que las prácticas alimentarias y la comensalidad están vinculadas con la constitución de la identidad y la reproducción de las relaciones sociales, por lo que, los cambios en éstas repercuten en las prácticas sociales. Otras autoras como Amancio, et al. (2019) expresan que ‘la teoría de las representaciones sociales ayuda a comprender los significados creados por personas con diabetes, ya que, son referencias a la percepción de las normas subjetivas’ (p. 2).

En trabajos como el de Aguilar (2014), se hace un análisis y descripción de las redes sociales de apoyo en la atención del adulto mayor con diabetes, en donde también analiza y describe las prácticas y las representaciones sobre la dieta. Por otra parte, en la investigación realizada por Loza (2015), se describen los saberes y la experiencia de la diabetes mellitus tipo 2 en adultos con complicaciones crónicas en la localidad de Coatetelco, municipio de Miacatlán, Morelos; en este trabajo se aborda la experiencia de este grupo de adultos respecto a alimentación, platillos y bebidas. Así mismo, Cortés (2018) describe las experiencias de tener diabetes mellitus tipo 2 en el Cardonal,

Hidalgo; en su trabajo de investigación, analiza la experiencia en la modificación de hábitos, que incluye cambios en la alimentación y las dificultades para llevarlos a cabo.

Por otro lado, el estudio de Zafra (2015) también aporta elementos valiosos para este trabajo de investigación. La autora hace mención de que el control alimentario continuo está relacionado con una angustia creciente, que surge dentro de un contexto de abundancia y un hedonismo alimentario, que se confronta con la promoción de un modelo de delgadez y de autocontrol. En este sentido, estos resultados proporcionan una vía de análisis, ya que, en los pacientes de diabetes el control alimentario y de peso forman parte de la base del tratamiento de la enfermedad. Otro elemento que da a conocer la autora, es la exclusión y estigmatización que genera no comer lo mismo que los otros, situación común en quienes padecen diabetes debido a la prescripción de dietas restrictivas.

Estas investigaciones realizadas desde la antropología nos muestran que para entender los hábitos alimentarios debemos analizar la vida cotidiana de las personas que padecen diabetes, como el espacio donde se establecen las transacciones entre las tradiciones culinarias locales y familiares, los conocimientos adquiridos dentro de las instituciones a las que acuden para su atención, los gustos y preferencias individuales y las condiciones socioeconómicas para que puedan llevarlas a cabo.

Como señala Cardoso (2006), para cambiar las costumbres alimentarias se deben ofrecer platillos equilibrados y compatibles con la cultura y gustos del enfermo, con la menor cantidad de grasas e hidratos de carbono que sean consecuentes con el tratamiento médico y de acuerdo a las condiciones socioeconómicas del grupo social, así los programas de intervención deben involucrar no solo al enfermo sino también a sus familiares, ya que, los pacientes con diabetes mellitus conocen las modificaciones que tienen que hacer en sus hábitos alimentarios, pero no las realizan debido a que las consideraciones culturales y económicas son más importantes para ellos (p. 144), por lo que, es necesario establecer propuestas de intervención que consideren estos factores.

### **3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 JUSTIFICACIÓN**

La alimentación en diabetes mellitus tipo 2 es un tema que ha sido estudiado por diferentes áreas de conocimiento, principalmente desde las Ciencias Biológicas y de la Salud, como la Nutrición; sin embargo, de acuerdo con Bertrán (2015), en el proceso alimentario no sólo están involucrados

factores biológicos, sino también económicos, socioculturales, políticos y psicológicos, esto conlleva a la necesidad de estudiar este proceso desde otras ciencias, como las Ciencias Sociales.

El campo disciplinario en el que se desarrolla el presente proyecto es la Antropología en Salud, del campo de conocimiento de las Ciencias Sociomédicas. El interés de estudiar esta temática desde el enfoque de la Antropología en Salud es el acercamiento a través del método etnográfico -y de instrumentos como la observación participante y la entrevista- a los condicionantes socioculturales que intervienen en el proceso de alimentación. A través de estos condicionantes, se pueden manifestar los obstáculos cotidianos en la alimentación en adultos con diabetes y, del mismo modo, facilitan la comprensión de la temática, lo que permite proponer alternativas oportunas y pertinentes que favorezcan un control óptimo del padecimiento.

Sí bien se han realizado diversas investigaciones previas desde la Antropología, las cuales abordan las representaciones y prácticas en diabetes, en la mayoría de estas investigaciones el tema alimentario ha sido investigado como una categoría analítica y no como eje principal. Del mismo modo, considerando que una de las disposiciones de la NOM-015-SSA2-2010 es establecer a la alimentación como uno de los pilares en el tratamiento de la diabetes, el trabajo en la Unidad de Medicina Familiar permitirá un acercamiento a la atención, respecto al tema alimentario, de las instituciones de salud a este grupo de pacientes. Este espacio permitirá analizar y describir este fenómeno desde tres visiones diferentes: el adulto con diagnóstico de diabetes, sus familiares y el personal de salud.

### **3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

De acuerdo con datos de ENSANUT del 2006, 2012 y 2016, la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 ha ido en aumento en los últimos años. Según la 'Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus', la base del tratamiento de la diabetes consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física apoyado en un programa estructurado de educación; el objetivo de estas medidas es aliviar los síntomas, mantener control metabólico, prevenir complicaciones, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por la enfermedad o por sus complicaciones.

La alimentación es un pilar en el tratamiento biomédico de la diabetes, sin embargo, diversos estudios han señalado que las prescripciones dietoterapéuticas han fracasado. En el acto de comer

está presente un proceso de simbolización que contribuye a dar un determinado valor a los alimentos y hacerlos aceptables o no. En las sociedades urbanas, los alimentos se vinculan más a factores económicos y de estatus, cada alimento adquiere una carga valorativa y en función de ella se le asignará un lugar en las preferencias o la ocasión para su consumo. Por consiguiente, la alimentación adquiere independencia de su función nutricional y se asocia a elementos de tipo ideológico, social y cultural (López, 2006, pp. 140-141).

En un estudio realizado por Aguilar (2014), señala que los tratamientos dietoterapéuticos prescritos por el personal de salud generan descontento y desagrado en las personas, debido a la prohibición de ciertos alimentos, la limitación en el consumo o por la falta de costumbre, la falta de acceso o el gasto mayor que genera el seguimiento de tales planes. Por otra parte, la propia enfermedad altera la alimentación y las comidas de quienes la padecen, causando cambios en la percepción de los sabores, falta de hambre o intolerancia a alimentos sólidos (Loza, 2015).

Como podemos ver, la alimentación es algo muy complejo y su modificación es uno de los principales obstáculos en la atención de los enfermos con diabetes (Cardoso, 2006, p. 141). La alta prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 y las altas tasas de morbilidad y mortalidad a causa de la enfermedad conllevan a la necesidad de analizar la situación desde el enfoque de la Antropología en Salud, ya que, es necesario describir y analizar cuáles son los saberes alimentarios de las personas que padecen diabetes para visibilizar los condicionantes socioculturales que intervienen en este proceso y darlos a conocer al personal de salud que trabajan con esta población. El propósito de la difusión de los resultados en la U.M.F. donde se va a trabajar es establecer un diálogo con las personas que padecen la enfermedad y el personal de salud para crear de manera conjunta propuestas de alimentación que se pudieran llevar a cabo para mejorar la atención, como la elaboración de material educativo.

### **3.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.3.1 PREGUNTA GENERAL**

¿Cuáles son los saberes y experiencias sobre la alimentación en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, sus familiares y el personal de salud que los atiende en una U.F.M. del municipio de Jocotitlán, Estado de México?

#### **3.3.2 PREGUNTAS ESPECÍFICAS**

- I. ¿Cuáles son las representaciones acerca de alimentación en adultos con diagnóstico de diabetes, sus familiares y el personal de salud?
- II. ¿Cuáles son las prácticas de alimentación dirigidas a la atención de la diabetes en adultos con diagnóstico de diabetes y sus familiares?
- III. ¿Cuáles son las prácticas de alimentación dirigidas a la atención de la diabetes en la Unidad de Medicina Familiar?
- IV. ¿Cómo ha sido la experiencia de la alimentación antes y durante el padecimiento?

### **3.4 OBJETIVOS**

#### **3.4.1 OBJETIVOS GENERALES**

1. Describir los saberes y experiencias sobre la alimentación en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, sus familiares y el personal de salud que los atiende en una U.M.F. del municipio de Jocotitlán, Estado de México.
2. Analizar los saberes y experiencias sobre la alimentación en relación con la diabetes mellitus entre las personas que la padecen, sus familiares y el personal de salud involucrado en su atención en Jocotitlán, México.

#### **3.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1. Describir y analizar las representaciones sociales acerca de alimentación y su relación con la diabetes mellitus tipo 2, en adultos con diagnóstico de la enfermedad, sus familiares y el personal de salud.**
  - 1.1 Describir y analizar el tipo de alimentación relacionada con el desarrollo, la prevención y la atención de la diabetes.
  - 1.2 Describir y analizar el consumo de suplementos alimenticios, edulcorantes y alimentos industrializados.
- 2. Describir y analizar las prácticas de alimentación dirigidas hacia la atención de la diabetes realizadas por los adultos con diagnóstico de la enfermedad y sus familiares.**
  - 2.1 Describir y analizar los elementos implicados en el proceso de alimentación: oferta, disponibilidad, acceso, producción, compra y preparación de alimentos.

- 2.2 Describir y analizar las prácticas de alimentación enfocadas al tratamiento de la diabetes de las formas de atención institucional y/o biomédica, alternativa y/o tradicional, y la autoatención.
- 3. Describir y analizar las prácticas en torno a alimentación dirigidas hacia la atención de la diabetes, recomendadas por el personal de salud a los adultos con diagnóstico de la enfermedad de la U.M.F. del municipio de Jocotitlán, Edo. de México.**
- 3.1 Describir y analizar el plan de intervención de alimentación en diabetes en la U.M.F.
- 3.2 Describir y analizar las recomendaciones que el personal de salud le sugiere a las/los pacientes.
- 3.3 Describir y analizar las herramientas y técnicas de enseñanza de alimentación en diabetes.
- 3.4 Describir y analizar la experiencia del personal de salud respecto a la alimentación de las/los pacientes.
- 4. Describir y analizar las experiencias de la alimentación antes y durante el padecimiento en adultos con diagnóstico de la enfermedad y sus familiares.**
- 4.1 Describir y analizar los elementos involucrados en la alimentación antes y durante la diabetes.
- 4.2 Describir y analizar los cambios en la alimentación derivados de la epidemia causada por COVID – 19.

### **3.5 HIPÓTESIS**

La presente investigación estuvo guiada por dos hipótesis, la primera de ellas, hace referencia a que, de acuerdo con los lineamientos establecidos por las instituciones de salud, la alimentación es fundamental para el tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2; sin embargo, la escasa orientación proporcionada por el personal de salud hacia los pacientes que padecen la enfermedad, hace probable que los saberes de alimentación en este grupo de adultos provengan de su contexto sociocultural.

La segunda hipótesis que orienta la investigación es que, cuando existe orientación alimentaria por parte del sector salud, realizar cambios en la alimentación resulta complicado, ya que, el proceso de alimentación es complejo, y en él intervienen diversos factores como el acceso y disponibilidad de alimentos, la condición socioeconómica, así como, los significados, las construcciones socioculturales y los valores simbólicos propios de los alimentos. De igual modo, la



alimentación es un elemento central en la vida social, ya que, a través de la comida se establecen interrelaciones sociales y se fortalecen valores.

Por lo que, en conclusión, este grupo de adultos se enfrenta a cuestiones cotidianas que influyen en sus decisiones alimentarias, como: las emociones, los significados de la experiencia acumulada, las costumbres y tradiciones, la búsqueda de bienestar, la experiencia misma de padecer una enfermedad crónica, entre otros elementos, que van configurando día con día los saberes alimentarios, en un proceso que integra la necesidad fundamental de controlar la enfermedad con la cotidianidad cultural y social de las personas.

### 3.6 MÉTODOS

Estudio cualitativo, transversal, analítico-descriptivo y de carácter etnográfico.

#### 3.6.1 COLABORADORES DE ESTUDIO

Adultos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, sus familiares y el personal de salud (1 médica familiar y 1 enfermera) de una Unidad de Medicina Familiar del municipio de Jocotitlán, Estado de México.

##### 3.6.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

| <b>Criterios de inclusión</b>   | <b>Criterios de exclusión</b>   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener &gt; 6 meses con el diagnóstico de diabetes<sup>4</sup></li> <li>• Acudir a la U.M.F. de Jocotitlán, Estado de México</li> <li>• Cumplir con las variables de las tipologías aplicadas</li> <li>• Aceptar participar en el proyecto de investigación</li> <li>• Proporcionar consentimiento informado para participar en el</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener &lt; 6 meses con el diagnóstico de diabetes</li> <li>• No acudir a la U.M.F. de Jocotitlán, Estado de México</li> <li>• No cumplir con las variables de las tipologías aplicadas<sup>5</sup></li> <li>• No aceptar participar en el proyecto de investigación</li> <li>• No proporcionar consentimiento informado para participar en el</li> </ul> |

<sup>4</sup> Al principio, se consideró que las y los colaboradores debían tener mínimo 5 años con el diagnóstico de diabetes, sin embargo, debido a las características de la población, se cambió a 6 meses.

<sup>5</sup> Las variables y la construcción de las tipologías aplicadas, para la selección de los colaboradores principales, se abordan en *VARIABLES O DIMENSIONES*.

Los criterios de inclusión para los familiares de las personas con diabetes fueron:

1. Tener un familiar que padezca diabetes mellitus tipo 2, que colabore la investigación.
2. Que acepten colaborar en la investigación firmando la carta de consentimiento informado.

Los criterios de exclusión general fueron:

1. No tener un familiar que padezca diabetes mellitus tipo 2, que colabore la investigación.
2. Que no acepten colaborar en la investigación.

Los criterios de inclusión para el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar del municipio de Jocotitlán, Estado de México fueron:

1. Que atiendan a personas con diabetes mellitus tipo 2.
2. Que acepten colaborar en la investigación firmando la carta de consentimiento informado.

Los criterios de exclusión para el personal de salud fueron:

1. Que no atiendan a personas con diabetes mellitus tipo 2.
2. Que no acepten colaborar en la investigación.

### 3.6.1.2 VARIABLES DE ESTUDIO Y TIPOLOGÍAS

#### VARIABLES DE ESTUDIO

Para la selección de los colaboradores principales se consideraron las siguientes variables:

*Sexo*: la distinción entre los saberes de alimentación de mujeres y hombres permite analizar las prácticas y su vínculo con el rol de género.

*Edad*: se consideraron los rangos de edad de 30-59 años<sup>6</sup> y  $\geq 60$  años, ya que, de acuerdo al informe técnico proporcionado por la U.M.F., es en estos grupos de edad en donde hay mayor prevalencia de la enfermedad. (Ramón, D., 2018)

---

<sup>6</sup> Antes el rango de edad para esta tipología era de 40 a 59 años, sin embargo, se amplió el rango de edad hasta los 30 años debido a las características de la población que participó la investigación.

*Desarrollo de complicaciones:* los niveles elevados de glucosa en sangre por tiempo prolongado conllevan al desarrollo de complicaciones crónicas (nefropatía, neuropatía, retinopatía, enfermedad coronaria y enfermedad arterial periférica) que pueden causar discapacidad y cambios en la vida cotidiana (I.D.F., 2019, p. 14). Esta variable permitió conocer la relación entre el desarrollo o no de complicaciones y las formas de alimentación.

## TIPOLOGÍAS

Con base en las variables ya mencionadas (sexo, edad y desarrollo complicaciones) se elaboraron tipologías aplicadas para la selección de los colaboradores principales del estudio.

| <b>Tipo</b> | <b>Características</b>   | <b>Tipo</b> | <b>Características</b>  |
|-------------|--|-------------|---|
| Tipo I      | Mujer<br>Rango de edad: 30-59 años<br>Sin desarrollo de complicaciones     | Tipo V      | Hombre<br>Rango de edad: 30-59 años<br>Sin desarrollo de complicaciones     |
| Tipo II     | Mujer<br>Rango de edad: 30-59 años<br>Con desarrollo de complicaciones     | Tipo VI     | Hombre<br>Rango de edad: 30-59 años<br>Con desarrollo de complicaciones     |
| Tipo III    | Mujer<br>Rango de edad: $\geq 60$ años<br>Sin desarrollo de complicaciones | Tipo VII    | Hombre<br>Rango de edad: $\geq 60$ años<br>Sin desarrollo de complicaciones |
| Tipo IV     | Mujer<br>Rango de edad: $\geq 60$ años<br>Con desarrollo de complicaciones | Tipo VIII   | Hombre<br>Rango de edad: $\geq 60$ años<br>Con desarrollo de complicaciones |

### 3.6.2 INSTRUMENTOS

La obtención de datos para la realización del proyecto se hizo con base en la Etnografía, que de acuerdo con González (2019) se refiere al uso de diferentes formas para obtener información, requiere de una estancia prolongada en el lugar donde se llevará a cabo la investigación y de la interacción entre los investigadores y las personas que participarán en el estudio (p. 109). Los instrumentos utilizados en la investigación fueron:

#### 3.6.2.1 ENTREVISTA

Permiten la generación de datos, ‘son un medio para buscar y encontrar significados (González, 2019, pp. 116-117).

Ver **anexo 1** “Guías de entrevista”.

### 3.6.2.2 OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

De acuerdo con Guber (1991), ‘la observación participante no es sólo una herramienta de obtención de información sino, además, de producción de datos y, por lo tanto, de análisis; en virtud de un proceso reflexivo -entre los sujetos estudiados y el sujeto cognoscente-’ (p. 113).

Ver **anexo 2** “Guion de observación”.

### 3.6.2.3 NARRATIVAS DEL PADECER

De acuerdo con Hamui (2011), las narrativas son esquemas del pensamiento que integran, le dan sentido y representan a la experiencia (pp. 58-65). Para la producción de narrativas, González (2019) destaca el uso de la *entrevista narrativa*, que en comparación a las entrevistas tradicionales, figura ser más una conversación en donde tanto el investigador como el interlocutor son ‘participantes activos que construyen la narrativa y sus significados’ (pp. 116-117)<sup>7</sup>.

### 3.6.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El proceso analítico de los datos obtenidos se realizó con base en los lineamientos de la ‘Teoría Fundamentada’ y la ‘Triangulación Hermenéutica’.

La Teoría Fundamentada es un método que permite desarrollar teoría y realizar descripciones fundamentadas (Corbin, 2016, p. 15). Con los datos obtenidos a partir de entrevistas y observaciones se crean conceptos que serán agrupados, de acuerdo con sus propiedades y dimensiones, en categorías. El desarrollo de teoría y la integración de conceptos a través de este método se basan en la realización de comparaciones constantes y en la formulación de preguntas generadoras. Por medio de este análisis se busca llegar al principio de saturación y a la formulación de una descripción o de una teoría fundamentada en estos conceptos (Corbin, 2016, pp. 17-18).

De acuerdo con Cisterna (2005), la triangulación es una forma de análisis que también implica la organización de la información por medio de categorías y subcategorías. Según el autor, el proceso de triangulación hermenéutica consiste en ‘la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la

---

<sup>7</sup> Si bien al principio de la investigación se tenía contemplado la elaboración de narrativas, las limitaciones derivadas de la pandemia causada por la COVID – 19 y el tiempo imposibilitaron su realización.

información pertinente al objeto de estudio surgida en una investigación por medio de los instrumentos correspondientes' (p. 64). Una vez seleccionada la información del trabajo de campo, esta se puede triangular por cada estamento<sup>8</sup>, entre todos los estamentos investigados, con información obtenida de otros instrumentos o con información del marco teórico (Cisterna, 2005, p. 68).

La Teoría Fundamentada y la Triangulación Hermenéutica son herramientas de procesamiento de datos para trabajos de investigación realizados desde la metodología cualitativa. El propósito de utilizar la Teoría Fundamentada es ordenar, estructurar y sintetizar los datos obtenidos en el trabajo de campo; por otro lado, la finalidad del uso de la Triangulación Hermenéutica es realizar un diálogo entre los datos obtenidos con el marco teórico desarrollado en el proyecto, así como, entre los datos obtenidos entre los colaboradores (personas con diagnóstico de diabetes, sus familiares y el personal de salud) y con los diferentes instrumentos utilizados para obtener información, es decir, entre las entrevistas y la observación.

---

<sup>8</sup> De acuerdo con Cisterna (2005, p. 65), un estamento es un grupo humano que tiene características propias que le permiten identificarse y diferenciarse de otros grupos.

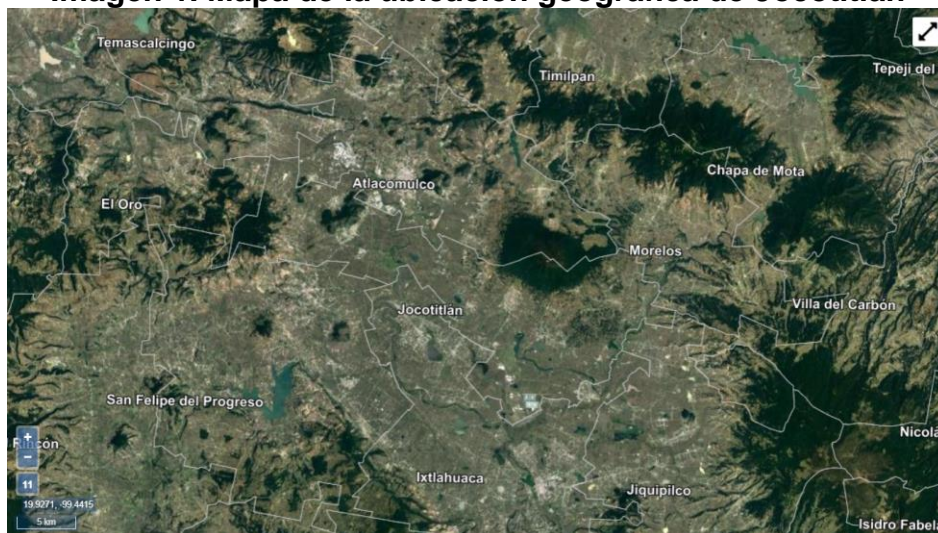
## CAPÍTULO II: DEMOGRAFÍA DE JOCOTITLÁN

### 1. ACERCA DE JOCOTITLÁN, MÉXICO

#### 1.1 UBICACIÓN DE JOCOTITLÁN

Jocotitlán es un municipio ubicado en la zona norte del Estado de México. Al norte colinda con los municipios de El Oro, Temascalcingo y Atlacomulco; al este con Atlacomulco, Morelos, Jiquipilco e Ixtlahuaca; al sur con Ixtlahuaca; y al oeste con Ixtlahuaca, San Felipe del Progreso y El Oro.

**Imagen 1. Mapa de la ubicación geográfica de Jocotitlán**



Fuente: INEGI, 2021<sup>9</sup>

De acuerdo con el Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED), Jocotitlán es un municipio semiurbano<sup>10</sup>, que cuenta con 58 localidades, 52 pertenecen al ámbito rural y 6 al urbano.

#### 1.2 DATOS HISTÓRICOS

La palabra Jocotitlán tiene origen náhuatl: *xocotl*, ‘fruta agridulce’ y *titlan*, ‘entre’, ‘lugar entre fruta agridulce’, como el tejocote, capulín o membrillo. Jocotitlán se localiza en la base del cerro de

<sup>9</sup> Fuente: INEGI (2021). *Espacio y datos de México*. Recuperado 30 de agosto de 2021, de <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/default.aspx?ag=150480001>.

<sup>10</sup> Más del 50% de la población radica en localidades entre 2500 y menos de 15 mil habitantes (INAFED, 2010).

Xocotépetl, cuyo nombre también es de origen náhuatl y significa ‘cerro de frutos agrios’; su topónimo mazahua es *Nguemore*, ‘Montaña Sagrada’ (imagen 2). En el mes de diciembre, los campesinos organizan un día de campo en el cerro de Jocotitlán para agradecer a Dios las buenas cosechas y lo recibido en el año (Ramírez, 1997; Chimal, 2020; Ayuntamiento de Jocotitlán, 2021).

**Imagen 2. Cerro de Xocotépetl**



Fuente: Ramón, 2021

### 1.2.1 JOCOTITLÁN, CIUDAD HEROICA

El 15 de marzo de 2013, Jocotitlán fue declarada Ciudad Heroica por la Comisión de Ciudades Heroicas de la Asociación Nacional de Cronistas de Ciudades Mexicanas A. C., como ‘reconocimiento a los actos de valor demostrados por los habitantes de esta población en la batalla entre insurgentes y realistas el 15 de abril de 1811’. El título de Ciudad Heroica se otorga a poblaciones dentro del país que hayan sobresalido ‘por sus actos de heroísmo a través de la historia’, por lo que, en Jocotitlán ‘la represión armada realista a la sublevación indígena mazahua del pueblo de Xocotitlán durante la Guerra de Independencia’ le dio esa categoría (González, 2015). Los hechos de la Batalla Insurgente de Xocotitlán se resumen en la siguiente línea del tiempo:

**Tabla 1. Línea del tiempo de la Batalla Insurgente de Xocotitlán**

| <b>Fecha</b> | <b>Acontecimiento</b>                           |
|--------------|---|
| Octubre de   | Batalla del Monte de las Cruces <sup>11</sup> . |

<sup>11</sup> La batalla del Monte de las Cruces aconteció el 30 de octubre de 1810 y fue uno de los principales enfrentamientos del movimiento de independencia. Fuente: Secretaria de la Defensa Nacional (2016). *30 de octubre de 1810, batalla del Monte de las Cruces*. Recuperado 30 de agosto de 2021, de <https://www.gob.mx/sedena/documentos/30-de-octubre-de-1810-batalla-del-monte-de-las-cruces>.

|                     |  |
|---------------------|--|
| 1810                | Hidalgo pasa por Jocotitlán en su viaje rumbo al Monte de las Cruces <sup>12</sup> .   |
| Noviembre de 1810   | Hidalgo invita al párroco de Jocotitlán Ignacio Muñiz a unirse al movimiento insurgente.<br>El párroco se niega, Hidalgo intenta tomarlo preso pero él huye a la Ciudad de México, donde entrega a las autoridades un informe y documentos con los fundamentos de la insurrección y providencias que las dirigían y movían.  |
|                     | Una vez que el párroco regresa a Jocotitlán, amenaza a quienes intenten unirse al movimiento insurgente.<br>Se presentan reuniones furtivas entre los miembros del movimiento, siendo su jefe Ignacio López Rayón.   |
| Abril 1811          | El padre Muñiz da a conocer esta situación con el Virrey.<br>El Virrey ordena a Juan García de la Cueva a 'apaciguar a la gente de Xocotitlán'.<br>García de la Cueva sale desde Ixtlahuaca hacia Jocotitlán con un grupo de 36 soldados, uno de ellos era el subdelegado Gómez Fraile.  |
| 7 de abril de 1811  | Juan García llega a Jocotitlán, sin embargo, los insurgentes ya tenían conocimiento de su llegada y los atacan a pedradas.<br>El párroco, el vicario y algunos soldados (entre ellos Gómez Fraile) se esconden en el templo; Juan García huye a la Ciudad de Toluca.<br>El padre Muñiz es aprehendido, llevado a la cárcel y amenazado de muerte debido a sus comentarios acerca de los insurgentes. |
| 8 de abril de 1811  | El padre Muñiz es liberado. A su regreso al templo, en búsqueda de un milagro, sale en procesión con el santísimo y sus vestiduras; es atacado a pedradas y encarcelado de nuevo.<br>Los insurrectos capturan a los soldados escondidos en el templo, para llevarlos a la plaza en donde los atan y les dan muerte a lanzadas.<br>Liberan al padre Muñiz y se dirige hacia la corte en la capital.   |
|                     | Juan García y el padre Muñiz dan a conocer la situación de Jocotitlán al Virrey.<br>El Virrey manda a los capitanes Juan Bautista de la Torre y Gerónimo Torres Cano junto con sus fuerzas (que consistían en aproximadamente 2,500 soldados) a 'castigar al pueblo de Xocotitlán'.  |
| 15 de abril de 1811 | Los insurrectos intentan detener a las fuerzas realistas, sin embargo, debido a la diferencia de armamento y personas no lo logran, por lo que, los soldados entran a Jocotitlán, incendian, atacan y ocasionan la muerte de cientos de indígenas mazahuas (se estima que fueron más de 400).  |

Fuente: Chimal, 2013, pp. 4 – 8.

### 1.3 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

<sup>12</sup> En Jocotitlán se encuentran 3 sitios que forman parte de la 'Ruta de Hidalgo': Santiago Casandeje, la Desviación a Jocotitlán y la entrada de la Hacienda Pasteje.



### 1.3.1 POBLACIÓN

Según el Panorama Sociodemográfico de México 2020 del INEGI (2021), la población total del municipio para el 2020 es de 69,264 habitantes, de la cual el 52% son mujeres y el 48% hombres. Las localidades con mayor población son la Ciudad de Jocotitlán (7,965 habitantes), Santa María Citendeje (7,052 habitantes), San Miguel Tenochtitlán (6,660 habitantes), San Juan Coajomulco (5,897 habitantes), Santiago Casandeje (5,718 habitantes) y Los Reyes (4,398 habitantes).

### 1.3.2 ETNICIDAD

*Es un mundo este cerro de Jocotitlán, y su base, desmontada ahora, prolongada por contrafuertes nudosos, contiene aldeas, todas de lengua mazahua: Jocotitlán, Los Reyes, Acuixipala, Yeche.* (Soustelle, 1932)

En la etnografía ‘México, tierra india’ realizada por Jacques Soustelle de 1932 a 1934, el autor hace referencia al cerro de Jocotitlán y los poblados de lengua mazahua situados en su base. Actualmente, Jocotitlán es uno de los municipios con mayor población mazahua, ya que, de acuerdo con el ‘Atlas de los pueblos indígenas de México’ del Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (I.N.P.I., 2019), en el año 2015 se registró en el municipio una población de 6,060 habitantes pertenecientes a este Pueblo Indígena. De igual modo, de acuerdo con datos del INEGI<sup>13</sup> (2021, p. 114) respecto a etnicidad, el 3.43% de la población de 3 años y más habla alguna lengua indígena, las lenguas indígenas más frecuentes son el Mazahua (92.7%) y el Otomí (3.4%); así mismo, el 0.84% de los hablantes de lengua indígena no habla español.

### 1.3.3 DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS

Con base en datos del INEGI (2021), en cuanto a la disponibilidad de servicios y equipamiento, la cobertura de servicios en Jocotitlán suele ser menor a la media del Estado de México. La cobertura de agua entubada en el municipio es de 52.6%, mientras que la del estado es de 75.1%; la de drenaje es de 91%, la media del estado es de 97.3%; la cobertura de servicio sanitario es de 93.9%, la del estado es de 98.5%; la de energía eléctrica es de 98.5%, la del estado es de 99.6%; y la de cisterna o aljibe es de 29.9%, la de estado es de 38.7%. En cuanto a la disponibilidad de tinaco, el municipio presenta un mayor porcentaje de cobertura a diferencia de la media del estado, la del municipio es de 86.1% y la del estado de 77.9%.

---

<sup>13</sup> Existen diferencias entre los datos presentados por el INPI y el INEGI.

### 1.3.4 EDUCACIÓN

El municipio de Jocotitlán cuenta con todos los grados educativos: preescolar, primaria, secundaria, media superior y superior. En cuanto al nivel de escolaridad, la mayor parte de la población de 15 años y más cuenta con educación básica, representando el 53.6%; el 23.1% cuenta con nivel medio superior; el 19% con el nivel superior; el 4.2% no cuenta con escolaridad; y el 0.1% no específica. La tasa de alfabetización<sup>14</sup> en personas de 15 a 24 es del 99.3% y en personas de 25 años y más es del 94.2% (INEGI, 2021). De acuerdo con los fines de esta investigación, es conveniente resaltar que la educación que se imparte en el Centro de Bachillerato Tecnológico (C.B.T.) Dr. Maximiliano Ruíz Castañeda y en la Unidad Pedagógica Alejo Peralta, determina y caracteriza algunas prácticas alimentarias que realiza la población del municipio, pues, en la primera se enseña la carrera técnica en Biotecnología Agropecuaria, donde sus alumnas/os aprenden métodos de conservación de alimentos, y en la segunda institución, cuentan con huertos donde las/los estudiantes cultivan sus propias hortalizas para después consumirlas en el desayuno y la comida.

### 1.4 ACTIVIDADES ECONÓMICAS

De acuerdo con datos del INEGI (2021), el 64.2% de la población de Jocotitlán es económicamente activa, las mujeres representan el 42.5% del total y los hombres el 57.5%. Por otro lado, el 35.6% restante corresponde a la población no económicamente activa; la cual, en su mayoría pertenece al sector estudiantil (42.4%) y a personas dedicadas a los quehaceres de su hogar (43.9%), mientras que un porcentaje reducido representa a personas con alguna limitación física o mental que les impide trabajar (5.0%), a personas en otras actividades no económicas (4.9%) y a pensionadas/os o jubiladas/os (3.7%).

Conforme datos del *Panorama General del Crecimiento Económico Municipal en el Estado de México 2003-2015* (2017), el sector económico que predomina en el municipio es el secundario, las industrias manufactureras son la actividad económica más sobresaliente.

#### 1.4.1 SECTOR INDUSTRIAL

---

<sup>14</sup> El INEGI considera la condición de *alfabeta* a personas de 15 años y más que saben leer y escribir un recado.

Debido a que la actividad manufacturera es la principal actividad económica en Jocotitlán, es preciso hacer referencia del Grupo IUSA (antes IUSA<sup>15</sup>), pues su presencia ha repercutido en la estructura laboral del municipio y en las corrientes migratorias. IUSA es una empresa que se fundó en el año de 1939 en la Ciudad de México, en 1961 inició un proceso de descentralización industrial, por lo que, estableció un conjunto de asentamientos industriales (conocido como ‘Unidad Industrial Pastejé’<sup>16</sup>) en el municipio de Jocotitlán, lo que dio origen a un proceso de industrialización en una zona totalmente rural (Escutia y Monroy, 2006). El establecimiento de IUSA en Jocotitlán se llevó a cabo de la siguiente manera:

**Tabla 2. Línea del tiempo del establecimiento de Grupo IUSA en Jocotitlán**

| Año                 | Proceso   | Características  |
|---------------------|---|--|
| Inicios de los 60's | Descentralización industrial de la Ciudad de México | IUSA traslada la mayor parte de sus fábricas a Pastejé, Jocotitlán, lugar donde un porcentaje alto de la población era hablante de mazahua y otomí.<br>Debido a que la zona no era apta para el complejo industrial, se construyeron pozos y se instaló infraestructura eléctrica.   |
| 1964                | Inicios   | Inauguración de la Unidad Industrial de Pastejé  |
|                     | Capacitación de trabajadores y educación técnica    | Los trabajadores, en su mayoría, eran trabajadores del campo o provenientes de comunidades indígenas, por lo que, IUSA contrató ingenieros provenientes de la Ciudad de México y Toluca para capacitar a los trabajadores. Para que esto fuera costoso, el sueldo de los trabajadores era un 50% aproximadamente inferior a la media nacional.<br>Inicio de actividades de la Unidad Educativa, en la cual se capacitaba técnicamente a los trabajadores, quienes laboraban y estudiaban de manera simultánea.<br>Además de capacitar en labores especializadas para la industria, se les enseñaban los valores de la empresa. |
| 1974                | Unidad Pedagógica Alejo Peralta                     | La Unidad Educativa se establece con el nombre Unidad Pedagógica Alejo Peralta (UPAP).<br>La UPAP se extiende al nivel preescolar, primaria, secundaria y preparación técnica, con el fin de proporcionar educación técnica a las/los hijas/os de trabajadores y preparar técnicos para el complejo industrial.  |

Fuente: Escutia y Monroy (2006); Conexión IUSA (2012).

<sup>15</sup> Industrias Unidas, Sociedad Anónima.

<sup>16</sup> Hoy ‘Ciudad Industrial Alejo Peralta y Díaz Ceballos’.

Hoy en día, el grupo IUSA está conformado por 26 empresas divididas en los sectores de manufactura, generación de energía, sistemas de medición, educación, agropecuaria, telecomunicaciones, servicios, social, automotriz y editorial; sus productos se exportan a 35 países de América, Asia y Europa. En cuanto a sector de generación de energía, en enero del 2016 se inauguró en el municipio de Jocotitlán el parque fotovoltaico Don Alejo, el cual, en su momento era el tercero más grande en México y pretendía convertirse en la mayor central en México y América Latina. (Industrias Unidas, S.A. de C.V., 2021; El Economista, 2016)

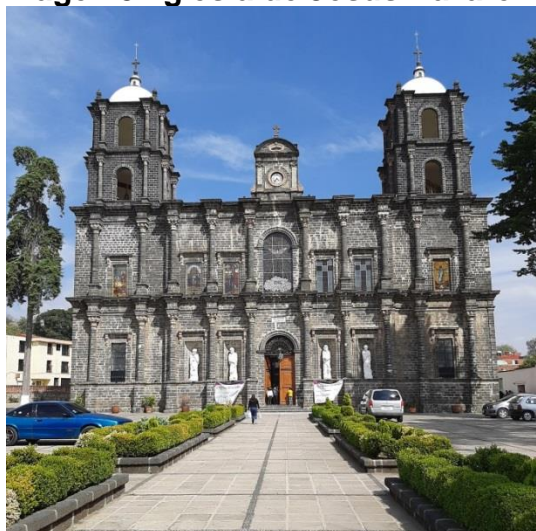
#### **1.4.2 AGRICULTURA**

De manera general respecto de la agricultura, para el año 2009 el 80.04% del uso del suelo estaba destinado para la agricultura (INEGI, 2009). La agricultura de temporal y de riego son las que ocupan la mayor proporción de terrenos en el municipio, los principales cultivos que se obtienen de la agricultura de temporal son el maíz, la avena y el trigo; de la agricultura de riego son el maíz, la avena, el trigo y la cebada (Ayuntamiento de Jocotitlán, 2020).

#### **1.5 RELIGIÓN**

Con base en datos del ‘Atlas de Riesgos del Municipio de Jocotitlán’ (2020), de acuerdo con la cantidad de personas que asisten a los diferentes templos, en Jocotitlán el 80% de la población es católica, el 10% es cristiana, el 5% evangélica, el 3% son testigos de Jehová y el 2% no profesan alguna religión específica. La iglesia de Jesús Nazareno es considerada un monumento histórico, su construcción inició en 1868 y se terminó aproximadamente en 1985 (imagen 3). La fiesta patronal se celebra cada 6 de agosto en honor a Jesús Nazareno; en el 2020 y 2021, los festejos se realizaron de manera virtual debido a la pandemia global causada por COVID – 19. (Ramírez, 1997; González, et al., 2016)

### Imagen 3. Iglesia de Jesús Nazareno



Fuente: Ramón, 2021

## 1.6 PANORAMA DE SALUD

### 1.6.1 SERVICIOS DE SALUD

De acuerdo con el INEGI (2021), el 71.1% de la población está afiliada a alguna institución de salud. El INSABI es la institución con mayor población afiliada, con el 47.9%; posteriormente el IMSS, con el 37.2%; después el ISSSTE o ISSSTE estatal con el 13.2%; el IMSS BIENESTAR con el 0.4%; Pemex, Defensa o Marina con el 0.4%; las instituciones privadas con el 0.2%; y por último, otras instituciones, con el 1.2%.

### 1.6.2 ATENCIÓN A LA SALUD

La Ciudad de Jocotitlán cuenta con instituciones públicas y privadas enfocadas a resolver problemas de salud del primer y segundo nivel de atención. En el primer nivel de atención en el sector público se encuentra la Unidad de Medicina Familiar del IMSS, la Clínica de Consulta Externa del ISSEMYM y el Centro de Salud del ISEM; en el sector privado, consultorios adyacentes a farmacias<sup>17</sup>, de los cuales, algunos son de instituciones y empresas reconocidas. En el segundo nivel de atención, en el sector público se encuentra el Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud del ISEM; en el sector privado, 2 hospitales privados (Ayuntamiento de Jocotitlán, 2020).

### 1.6.3 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE JOCOTITLÁN, EDO. DE MÉXICO

---

<sup>17</sup> En una de las calles principales se identificaron 4 consultorios de este tipo.

### 1.6.3.1 ATENCIÓN A LA SALUD

De acuerdo con datos de la Unidad de Medicina Familiar, para el periodo 2018 – 2019 la población adscrita a la Unidad era de 10,024 derechohabientes y 9,187 fue la población total adscrita a medicina familiar<sup>18</sup>. En cuanto a atención a la salud, la U.M.F. cuenta con consultorios de medicina familiar y estomatología, un módulo de medicina preventiva y farmacia, el servicio de laboratorio se realiza en la U.M.F. 235 ubicada en el municipio de Atlacomulco, Estado de México. La atención a especialidades se lleva a cabo en los hospitales del IMSS ubicados en Atlacomulco y la Ciudad de Toluca, Estado de México y en la Ciudad de México.

### 1.6.3.2 PADECIMIENTOS SUBSECUENTES

Para el periodo 2018 – 2019, dentro de los principales padecimientos subsecuentes, la diabetes mellitus no insulino dependiente ocupó el primer lugar, el número total de casos fue de 2,944, de ellos 1793 correspondía a casos presentados en mujeres y 1,151 en hombres; la diabetes mellitus insulino dependiente<sup>19</sup> ocupó el quinto lugar, en total se presentaron 167 casos, 100 de ellos fueron mujeres y 67 hombres; el número de casos total de diabetes mellitus por edad y sexo para el 2018 se presenta en la tabla 1. Los otros principales padecimientos subsecuentes o condiciones fueron la hipertensión, en total se presentaron 2,494 casos, la supervisión de embarazo normal se presentó en 435 casos y el trastorno del metabolismo de lipoproteínas y lipidemias se presentó en 396 casos.

**Tabla 3. Total de casos de Diabetes Mellitus por edad y sexo 2018<sup>20</sup>**

|          |       | 5-9 |   | 20-29 |   | 30-39 |    | 40-49 |     | 50-59 |     | 60-69 |     | ≥70 |     |
|----------|-------|-----|---|-------|---|-------|----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-----|-----|
|          |       | H   | M | H     | M | H     | M  | H     | M   | H     | M   | H     | M   | H   | M   |
| Diabetes | M. no | 1   | 0 | 10    | 6 | 44    | 56 | 163   | 250 | 220   | 430 | 396   | 607 | 317 | 444 |
| Diabetes | M.    | 0   | 0 | 1     | 4 | 9     | 6  | 13    | 11  | 14    | 28  | 15    | 20  | 15  | 31  |

Fuente: Diagnóstico de Salud de la U.M.F. No. 246 Período: 2018 – 2019

### 1.6.3.3 CAUSAS DE DEFUNCIÓN

<sup>18</sup> Los datos de la U.M.F. se obtuvieron a partir de un informe solicitado a la Unidad.

<sup>19</sup> Dentro de esta clasificación se hace referencia a pacientes con diabetes mellitus tipo 1, así como a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que requieren insulina.

<sup>20</sup> Para los grupos de edad de 0 a 4 años y de 10 a 19 años no se registraron casos de diabetes mellitus.

En cuanto a las principales causas de defunción, para el periodo 2018 – 2019, la diabetes mellitus no insulino dependiente fue la primera causa con un total de 5 casos, de los cuales 3 correspondieron a hombres (2 de entre 20 – 59 años y 1  $\geq 60$  años) y 2 casos fueron de mujeres (ambas  $\geq 60$  años). Las otras principales causas de defunción fueron la enfermedad alcohólica del hígado (3 casos, 2 hombres y 1 mujer), la hemorragia intracraneal no específica (2 casos, 1 hombre y 1 mujer), la neumonía causada por un organismo no específico (2 casos, 2 mujeres), otras enfermedades cerebrales (1 caso, 1 hombre) y el infarto agudo del miocardio (1 caso, 1 hombre).

## **1.7 PANORAMA NUTRICIO Y ALIMENTARIO**

### **1.7.1 NUTRICIÓN**

Con base en información obtenida de la ENSANUT 2018, la Encuesta Intercensal 2015 y registros administrativos, el INEGI (2020) realizó cálculos basados en modelos estadísticos para estimar la proporción de población de 20 años y más con obesidad, hipertensión y diabetes. Según estos cálculos, en el municipio de Jocotitlán el porcentaje de obesidad es de 29.3%, el de hipertensión de 19.7% y el de diabetes 8.9%.

### **1.7.2 DISPONIBILIDAD Y ACCESO DE ALIMENTOS**

Sí bien las formas de obtención de alimentos es diversa, de acuerdo con el trabajo de campo realizado, la población de Jocotitlán adquiere sus alimentos a través de la agricultura y ganadería de traspatio, de establecimientos de venta de alimentos y programas sociales.

#### **1.7.2.1 AGRICULTURA Y GANADERÍA DE TRASPATIO**

Debido a las características de la región, del clima<sup>21</sup> y del tipo de vivienda, es común que en las casas se cuente con algún espacio destinado para el cultivo de vegetales y frutas, así como para la crianza de animales.

Como bien refiere el significado de la palabra Jocotitlán ‘lugar entre fruta agridulce’, en la región predominan los árboles de frutas agridulces como ciruelas, capulines, tejocotes, membrillos, duraznos e higos; de estas frutas se suelen realizar dulces típicos y representa una fuente de ingresos

---

<sup>21</sup> Templado subhúmedo con lluvias en verano y semifrío subhúmedo con lluvias en verano; rango de temperatura 6 – 14 °C (INEGI, 2009).

para algunas personas del municipio de Jocotitlán. En la zona predomina el cultivo de maíz y de hortalizas; otros alimentos se dan por temporadas específicas, como los quelites y los hongos que se dan en temporadas de lluvias (imagen 4).

**Imagen 4. Alimentos locales: ciruelas, capulines, quelites y hongos**



Fuente: Ramón, 2021

#### 1.7.2.2 ESTABLECIMIENTOS DE VENTA DE ALIMENTOS

En la Ciudad de Jocotitlán existen diversos establecimientos en donde se pueden adquirir alimentos. Dentro de la cabecera municipal se localizan tiendas de conveniencia / misceláneas / tiendas de abarrotes, en las cuales se encuentran principalmente alimentos industrializados y empaquetados; de igual modo, hay supermercados que ofrecen una oferta más amplia de productos, de ellas se encuentran diversas en la cabecera<sup>22</sup>. En cuanto a alimentos frescos y perecederos, como carne, frutas, verduras, tortillas y pan, el municipio cuenta con diversas carnicerías, pollerías, recauderías, tortillerías y panaderías. En la cabecera municipal se encuentra el mercado municipal, su oferta de alimentos incluye alimentos perecederos y no perecederos, como abarrotes, carnes, frutas y verduras.

El tianguis del municipio se instala los días miércoles y el día domingo (este día con un menor número de puestos). La variedad de productos que se ofrecen incluye frutas y verduras, de las cuales, la oferta abarca desde aquellas que no son locales, es decir, que se traen de otras regiones, así como

---

<sup>22</sup> Durante el trabajo de campo se identificaron 4 tiendas de este tipo.



aquellas que provienen de la región, por ejemplo, flor de la calabaza, quelites, calabaza y nopales (imagen 5).

**Imagen 5. Venta de verduras en el tianguis de Jocotitlán**



Fuente: Ramón, 2021

Así mismo, también se ofertan alimentos de origen animal (principalmente pollo y conejo), embutidos (como salchichas), quesos, chicharrón, entre otros. La oferta de alimentos preparados también es común, ya sea para llevar (imagen 6 y 7) o para comer ahí.

**Imagen 6. Venta de guisados en el tianguis de Jocotitlán (1)**



Fuente: Ramón, 2021

**Imagen 7. Venta de guisados en el tianguis de Jocotitlán (2)**



Fuente: Ramón, 2021

## 2. ACERCA DE LAS Y LOS COLABORADORES DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado, se presentan a las y los colaboradores que participaron en la investigación. La organización se realiza con base en las tipologías.

### 2.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS Y LOS COLABORADORES PRINCIPALES

Las características generales de las y los colaboradores principales se resumen en la siguiente tabla, de acuerdo a la tipología a la que pertenecen.

**Tabla 4. Características generales de las y los colaboradores principales**

| Tipología | Nombre   | Sexo | Edad | Estado Civil | Escolaridad       | Ocupación               | Años con diabetes | Uso de insulina | Religión |
|-----------|----------|------|------|--------------|-------------------|-------------------------|-------------------|-----------------|----------|
| I         | Isabel   | M    | 36   | Soltera      | Carrera técnica   | Comerciante (dulces)    | 5                 | Sí              | Católica |
|           | Lorena   | M    | 49   | Casada       | Carrera comercial | Ventas                  | 11                | No              | Católica |
|           | Sandra   | M    | 50   | Casada       | Primaria          | Trabajadora del hogar   | 9 o 10            | No              | Ninguna  |
| III       | Carolina | M    | 63   | Casada       | Carrera comercial | Hogar                   | 22                | Sí              | Católica |
|           | Andrea   | M    | 72   | Casada       | Primaria          | Hogar                   | 11                | No              | Católica |
|           | Tania    | M    | 80   | Casada       | Carrera técnica   | Hogar                   | 20                | No              | Católica |
| IV        | Sara     | M    | 64   | Casada       | Primaria          | Hogar                   | 20                | Sí              | Católica |
|           | Elena    | M    | 65   | Soltera      | Carrera técnica   | Pensionada              | 29                | Sí              | Católica |
| V         | Camilo   | H    | 44   | Casado       | Media superior    | Empleado de una empresa | 7 u 8 meses       | No              | Ninguna  |
|           | Ricardo  | H    | 45   | Unión libre  | Secundaria        | Empleado de una fábrica | 9                 | Sí              | Ninguna  |
|           | Jaime    | H    | 49   | Divorciado   | Licenciatura      | Empleado de una empresa | 6 meses           | No              | Católica |
|           | Mario    | H    | 50   | Casado       | Secundaria        | Empleado de una fábrica | 4                 | No              | Ninguna  |

Fuente: Trabajo de campo, 2021

## 2.2 PRESENTACIÓN DE LAS Y LOS COLABORADORES

### 2.2.1 TIPOLOGÍA I

Isabel, Lorena y Sandra forman parte de un grupo heterogéneo, a pesar de ello, comparten algunas características sociodemográficas: viven con su familia y son económicamente activas. En el tema de la salud, también comparten algunas características: la diabetes les fue diagnosticada cuando tenían entre 30 y 40 años y no tienen desarrollo de alguna complicación. Ellas suelen recibir atención, principalmente, en el IMSS y de algunas terapias alternativas.

De manera general, la **tipología I** está conformada por mujeres, dentro del rango de edad de 30 a 59 años y sin desarrollo de complicaciones. Este grupo no forma parte de algún grupo vulnerable, no viven en pobreza extrema y son derechohabientes al ser beneficiarias por parte de sus esposos o al estar inscritas en la continuación voluntaria al régimen obligatorio en el IMSS<sup>23</sup>.

#### ISABEL

Es una mujer de 36 años originaria de Jocotitlán, ella vive junto con sus papás en la cabecera del municipio. Isabel es técnica en control de calidad, ella y su familia profesan la religión católica. Su mamá es de Acambay y se dedica al hogar, su papá realiza trabajos de carpintería, albañilería y de herrería, en algún tiempo tuvo una hortaliza, sin embargo, la dejó porque *el trabajo de campo es más pesado*.

Cuando Isabel tenía 11 años le diagnosticaron anemia aplásica, su médula ósea había dejado de producir plaquetas y hemoglobina; los médicos le dijeron que las causas de la enfermedad podían ser genéticas, *de generaciones muy atrás*, no de sus papás, sino de sus tatarabuelos. Para tratar la anemia a Isabel le hacían transfusiones sanguíneas, sin embargo, le inflamaron el hígado; el único tratamiento era un trasplante de médula ósea. Isabel empezó a acudir a una clínica ubicada en la Ciudad de México, ahí le realizaron antígenos de su orina, recibía acupuntura y hierbas para el hígado; estos *tratamientos naturales* hicieron que sus niveles de hemoglobina y plaquetas aumentaran. En el 2011 le hicieron un tratamiento llamado *globulina anti – timocito* que ha permitido, de acuerdo con su

---

<sup>23</sup> Fueron dadas de baja por su patrón pero decidieron seguir cotizando en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

hematólogo, que *la anemia ya casi desaparezca*. Derivado de este tratamiento, Isabel empezó a tomar un medicamento llamado *danazol*, ya lleva 10 años tomándolo y no puede suspenderlo.

En el 2016, en la consulta de endocrinología, a Isabel le diagnosticaron diabetes; de acuerdo con el personal de salud que la atendió, la causa de la diabetes fue el consumo prolongado de *danazol*. Para Isabel la diabetes representa *un descontrol en su cuerpo*, por un lado, por la alimentación o por *algún tipo de estrés*, así mismo, porque ella siente que *sus células estaban muy descontroladas*, a causa de la anemia que padece desde hace 27 años, la cual también le ha generado problemas hormonales, *fue un conjunto de todo eso*. Cuando le dieron el diagnóstico a Isabel, en endocrinología, nunca le dijeron que tipo de diabetes tenía. En su familia, su abuela materna y paterna padecían diabetes; de igual modo, sus papás también padecen la enfermedad. Ella inició su tratamiento con metformina y en el 2021 empezó a aplicarse insulina intermedia; por otro lado, debido a que la *orinoterapia*<sup>24</sup> le funcionó para tratar la anemia, Isabel buscó esta forma de atención para tratar la diabetes, por lo que acudió a la Clínica de Alergias ubicada en Acambay.

Actualmente Isabel se dedica a la elaboración de dulces típicos (dulces tradicionales, de leche, de calabaza, etc.) y al comercio. Isabel recibió su alta en endocrinología, pues, *mientras no le quitaran el medicamento, ellos ya no tenían nada que hacer*. Por varios años ha tenido que tomar medicamentos y acudir al hospital, acude cada 4 meses con el hematólogo para tratar la anemia y cada mes a medicina familiar para tratar la diabetes, por eso mismo, está acostumbrada a observar todo: las reacciones de su cuerpo a los medicamentos, su orina, a estar atenta de cómo se siente, etc.

## LORENA

Lorena es una mujer de 49 años que reside en la localidad de Zacualpan, aproximadamente a 15 minutos de la cabecera de Jocotitlán. Ella nació en la Ciudad de México, aunque sus papás son originarios de una comunidad de Dolores Hidalgo, Guanajuato, al casarse se fueron a vivir a la Ciudad de México; sin embargo, cuando Lorena tenía 7 años, sus papás decidieron regresar a su comunidad de origen. Lorena tiene una hermana y 3 hermanos, su grado de estudios es carrera comercial. Lorena es casada y tiene 3 hijas: Nayeli de 27 años, Michelle de 20 años y Daniela de 14 años; su esposo es trailero, por lo que solo convive con él de 2 a 4 veces al año. La religión que profesan ella y su familia es la católica.

---

<sup>24</sup> Término utilizado por Isabel para referirse a los antígenos en su orina.

Lorena llegó a vivir a Zacualpan en el año de 1999, sin embargo, en el 2000, ella y sus hijas, Nayeli y Michelle migraron a Carolina del Norte, Estados Unidos; allá se encontraron con su esposo. Ella y su familia estuvieron en Estados Unidos hasta el 2007; mientras estuvo allá tuvo diversos trabajos: trabajó durante 3 meses empaquetando los cojines que van debajo de las carnes frías, después trabajó durante 5 años empaquetando vidrio, en esa misma empresa la ascendieron al puesto de diseñar cajas para empaquetar vidrio, no obstante, al cargar una caja se lastimó un hombro y por su condición migratoria no pudo solicitar atención médica, por lo que cambió de trabajo; después, trabajó de noche como encargada de una máquina, sin embargo, lo dejó porque tenía que manejar 2 horas para llegar a ese trabajo y no quería tener un accidente por quedarse dormida mientras manejaba.

Posteriormente, empezó a trabajar en una granja de pollos, ahí se encargaba de limpiar los huevos de las gallinas, meterlos a cámaras de incubación y así producir más pollo; ya estando embarazada, se cayó mientras trabajaba y se lastimó un pie, debido a que en el trabajo corría siempre el riesgo de sufrir algún accidente, su jefe le dijo que *no la podía tener ahí*, por lo que, cambió de trabajo y empezó a trabajar como camarista en un hotel, ahí realizaba actividades que no pusieran en riesgo su embarazo. En febrero del 2007 nació su hija Daniela y al mes Lorena ingresó a trabajar a una planta que vendía la corteza de los árboles molida y pintada; sin embargo, duró poco en ese trabajo debido a la cesárea. Después de esto, ella y su esposo deciden regresar a México; desde su regreso hasta el 2010 vivieron en Dolores Hidalgo, después, se establecieron en Zacualpan. Para Lorena, vivir en Estados Unidos *fue lo mejor*, pues, *es una vida mejor en todos los sentidos*.

En el 2006, cuando Lorena estaba embarazada de Daniela, acudía a una clínica ubicada a 2 horas de donde ella vivía; durante esas revisiones, y aunque ella no se sentía mal, debido a unos síntomas que presentaba, le realizaron una prueba de tolerancia a la glucosa para ver si tenía diabetes gestacional, a pesar de ello, nunca supo el resultado de esta prueba. Posteriormente, ya en México, en el año 2010, Lorena acompañaba a su suegra a una clínica del Seguro Popular, esta clínica se encontraba en Santa María Endare y acudían ahí porque formaban parte del programa PROSPERA. Como parte de un proceso de revisión, a Lorena le midieron la glucosa y le diagnosticaron diabetes. Ella considera que los factores que desencadenaron la enfermedad fueron *la mala alimentación y el sistema que tenemos para digerir los alimentos*. En la familia de Lorena, su papá también tiene diabetes.

Actualmente, Lorena es vendedora independiente por folletos, para lo cual, tiene que trasladarse en coche a los municipios de Acambay, El Oro y Temascalcingo.

## SANDRA

Es una mujer de 50 años de edad, ella es originaria de San Pablo de los Remedios, Ixtlahuaca, una *zona mazahua* que se encuentra a 20 minutos de la cabecera de Jocotitlán. Ella y Mario son esposos<sup>25</sup>, tienen 2 hijas, Mara de 30 años y Erika de 25 años, Mara se casó a finales del 2020, a pesar de ello, sigue pasando mucho tiempo con su familia. Ellos no forman parte de alguna religión y residen en la cabecera de Jocotitlán. Sandra empezó a trabajar desde que tenía 8 años aproximadamente, por las mañanas iba a la escuela y por las tardes trabajaba, cuando salió de la primaria dejó de estudiar para dedicarse a trabajar en IUSA.

A los 20 años tuvo a su primer hija, Mara; a los 22 se casó con Mario y se fue a vivir a Jocotitlán; a sus 25 años, nació su segunda hija, Erika, y dejó de trabajar en IUSA. A Sandra le detectaron diabetes en el 2011, ella considera que las causas de la enfermedad fueron que de niña y cuando trabajó en IUSA pasó mucho tiempo en *ayunas*, pues no desayunaba y sí bien *no le daba hambre*, tampoco desayunaba *por las prisas* y porque sus papás *nunca le dijeron 'come'*; otra de las causas fue *el susto* que padece desde que era niña, que le generó *depresión* y ahora con la diabetes ha aprendido a controlar. El tratamiento que lleva para la atención a la diabetes es metformina y glibenclamida. Actualmente, Sandra cuida la casa (ubicada en Jocotitlán), los perros y el jardín de unos profesores, aún con la pandemia ella no ha dejado de trabajar.

### 2.2.2 TIPOLOGÍA III

Carolina, Andrea y Tania forman parte del grupo poblacional de las personas adultas mayores. De manera general, comparten determinadas características sociodemográficas: son casadas, tienen hijas e hijos, así como nietas y nietos; viven con su familia en la cabecera del municipio; su red social de apoyo<sup>26</sup> es sólida; fueron personas económicamente activas, que al salirse de trabajar, ya sea

---

<sup>25</sup> La entrevista se realizó mientras toda la familia (Sandra, Mario e hijas) estaba reunida, algunas secciones de la entrevista las contestó Sandra y otras Mario, los comentarios de toda la familia influyeron en las respuestas de ambos.

<sup>26</sup> De acuerdo con Aguilar (2018), las redes sociales de apoyo se dividen en formales e informales. Las primeras hacen referencia a los programas sociales y a los servicios de salud; las segundas aluden a la relación entre personas que surge de la convivencia, valores y reglas sociales (p. 8).

por decisión voluntaria o por jubilación, se dedicaron al hogar. Respecto del tema de salud, también comparten algunas características: tienen más de 10 años con el diagnóstico de diabetes, la cual se les detectó cuando tenían más de 40 años; consideran que la causa de la enfermedad fue *la herencia o los sentimientos*; no tienen desarrollo de alguna complicación derivada de la diabetes; y además de recibir atención a la salud en el IMSS, ellas acuden al servicio privado.

En resumen, la **tipología III** está conformada por mujeres, de 60 años o mayores y sin desarrollo de alguna complicación derivada de la diabetes. Este grupo de mujeres no forma parte de algún grupo vulnerable, no viven en pobreza extrema y son derechohabientes al ser aseguradas por sus esposos, al ser pensionadas/jubiladas o al tener estatus de patrón.

### CAROLINA

Es una mujer de 63 años edad originaria de Atlacomulco. Carolina estudió una carrera comercial, antes fue secretaria y al casarse se dedicó al hogar. Es casada y tiene hijos y nietas; uno de sus hijos trabajó durante 13 años en EE. UU., por lo que, en ocasiones ella iba a visitarlo. Su esposo y ella residen en la cabecera de Jocotitlán y profesan la religión católica. Aproximadamente, en 1999 le diagnosticaron diabetes a Carolina, ella considera que la causa de la enfermedad fue la herencia, pues su mamá, sus tíos maternos y su hermano fueron diagnosticados con diabetes; la enfermedad *viene de sus abuelos*. Carolina se aplica insulina tres veces al día como tratamiento para la atención a la diabetes; a principios del 2020, acudió con un endocrinólogo para que le colocaran una microinfusora de insulina, sin embargo, debido al inicio de la pandemia ya no pudo continuar con este proceso. Respecto a otras situaciones de salud, Carolina también padece de gota y en diciembre del 2020 a Carolina y a su familia les dio COVID – 19, ella desarrolló síntomas leves (pérdida del gusto y olfato) y su proceso de recuperación lo llevo en casa.

### ANDREA

Es una mujer de 72 años originaria de Jocotitlán, es casada y tiene 2 hijas que viven en EE. UU. Su grado de estudios es primaria; antes trabajó en IUSA, a los 61 años se jubiló y se dedicó al hogar. Andrea y su esposo residen en la cabecera de Jocotitlán y profesan la religión católica. En el 2010 le diagnosticaron diabetes, ella considera que la causa de la enfermedad fueron los sentimientos, *el coraje*. Al principio de la enfermedad, Andrea no era regular con el tratamiento para atender la diabetes (*a veces lo tomaba, a veces no*), sin embargo, tuvo una fractura de tobillo y tuvieron que operarla;

por *el susto* de la fractura, sus niveles de glucosa se elevaron, por lo que, decidió empezar a tomar sus medicinas. Andrea tiene otros familiares que también padecen diabetes, su esposo y sus tías (quienes recientemente habían fallecido). Para la atención de la diabetes, Andrea acude al IMSS y con un especialista. Por otro lado, Andrea no puede dormir bien y también refiere ser muy nerviosa. Para marzo de 2021, Andrea ya había recibido las dos dosis de la vacuna contra COVID – 19.

## TANIA

Es una mujer de 80 años de edad originaria de Jocotitlán. Tania fue maestra de educación primaria, después se salió de trabajar para dedicarse al hogar. Es casada y tiene hijas, ella y su familia residen en la cabecera del municipio y profesan la religión católica. A Tania le diagnosticaron diabetes en el 2001, cuando tenía 60 años; ella considera que desarrolló la enfermedad por herencia, pues su mamá, su papá y su abuela padecían diabetes; así mismo, considera que no cuidar los alimentos que uno come contribuye a que *sea más rápida la enfermedad*. En el 2021, el tratamiento que llevaba Tania para la atención a la diabetes se basaba en medicamentos, los cuales, habían sido modificados en distintas ocasiones y le habían permitido sentirse bien. Además de acudir al IMSS, Tania también acude con un especialista.

### 2.2.3 TIPOLOGÍA IV

Sara y Elena forman parte del grupo poblacional de las personas adultas mayores. Algunas características sociodemográficas que comparten son: que viven con su familia en la cabecera del municipio y que se dedican al hogar. Respecto al tema de salud, comparten algunas características: ambas tienen más de 20 años con el diagnóstico de diabetes, la cual se les detectó cuando tenían menos de 40 años; consideran que la causa de la enfermedad fue *la herencia*, entre otros factores; desarrollaron alguna complicación derivada de la diabetes; y además de recibir atención a la salud en el IMSS, acuden al servicio privado y a medicinas/terapias alternativas.

En resumen, la **tipología IV** está conformada por: mujeres, de 60 años o mayores y con desarrollo de alguna complicación derivada de la diabetes. Este grupo de mujeres no forma parte de algún grupo vulnerable, no viven en pobreza extrema y son derechohabientes al ser beneficiarias por parte de sus hijos o al ser pensionadas.

## SARA



Es una mujer de 64 años de edad, es casada y tiene 3 hijos y 6 nietas/os. Su escolaridad es tercer grado de primaria. Sara se dedica al hogar y permanece en casa. En el 2001, cuando Sara tenía 44 años, le realizaron una cirugía para extraerle la matriz, durante este proceso le detectaron diabetes. La mamá de Sara también tenía diabetes, por lo que, ella considera que la heredó de su mamá. A principios de marzo del 2020, a Sara le amputaron un pie a causa de la diabetes, estuvo 3 días hospitalizada; después de la cirugía, empezó a utilizar una prótesis, sin embargo, su actividad física está limitada pues no puede agacharse y realizar otras actividades cotidianas, como cocinar.

Sara y su esposo, Ignacio, residen en la cabecera de Jocotitlán y profesan la religión católica. Ignacio es el principal cuidador de Sara: él se encarga de las actividades relacionadas con el proceso alimentario, de acompañarla al médico y de ayudarla a la aplicación de su tratamiento para la diabetes. Ignacio tiene 65 años y su grado de estudios es primero de secundaria; es cerrajero, antes trabajaba en Ixtlahuaca, pero después de la cirugía de Sara, se cambió a Jocotitlán. Dentro de los cuidados que Ignacio realiza para Sara, también los procura para él, pues, padece apnea del sueño e hipertensión.

Sara considera que la diabetes es una enfermedad que no le permite estar tranquila, pues, con una alegría, cuando hay tristezas, una sorpresa, o una situación angustiante o preocupante, el *azúcar se sube y es difícil controlarla cuando está muy alta*. Para Ignacio, la diabetes *es una enfermedad que va deteriorando el cuerpo poco a poco*. Para la atención a la diabetes, Sara se aplica insulina y, además de acudir a Medicina Familiar en el IMSS, acude con un diabetólogo y a rehabilitación, donde recibe terapias para que pueda caminar mejor con la prótesis. En marzo del 2021, Sara e Ignacio ya habían recibido su primer dosis de la vacuna contra COVID – 19.

## ELENA

Es una mujer de 65 años edad, originaria de Jocotitlán. Cuando era niña, vivía con su mamá y hermanas/os, pues su papá trabajaba en la Ciudad de México. Elena estudió el bachillerato y una carrera técnico industrial, en donde llevo dibujo técnico industrial, taller mecánico, control de calidad, control de producción, productividad, seguridad e higiene, recursos humanos, limpieza, orden y disciplina enfocado a la empresa. Elena empezó a trabajar desde los 15 años; al momento de su jubilación, ella trabajaba en una agencia/empresa de talleres mecánicos.

A Elena le detectaron diabetes en 1992, cuando tenía 37 años. En la familia de Elena ya se habían presentado casos de la enfermedad: su mamá (quien desarrolló enfermedad renal crónica), su

papá, sus abuelos maternos y casi todos los hermanos de su mamá. Elena considera que las causas de la enfermedad fueron el factor hereditario, el sobrepeso, la presión en el trabajo y la falta de ejercicio.

En el 2010, a Elena le dio un pre infarto, el cual, en el 2013 derivó en un infarto, tenía 4 arterias *tapadas*, por lo que, le realizaron una operación a corazón abierto de *revascularización* (o *cateterismo*<sup>27</sup>) en el Hospital ‘La Raza’ del IMSS, estuvo internada durante 3 meses. Sin embargo, después de la cirugía tuvo algunas complicaciones, pues, 2 años después de haber sido operada, realizó ejercicio *de alto impacto* o *fuerte* (específicamente, manejar una camioneta y realizar movimientos bruscos) y la herida de su cirugía se abrió. Otra dificultad que presentó fue que *su cuerpo no aceptaba los alambres* que le colocaron, por lo que, tuvieron que volverle a realizar la cirugía otras dos veces para *quitarle los anillos* que tenía en el pecho.

Por otro lado, después de la cirugía, Elena no tenía fuerzas *ni para caminar*, no podía *ni levantar sus pies*, lo que la llevaba a tropezarse y caerse, por lo que, acudió a Acambay, a la *Clínica de las Vacunas*, para atender esta situación de salud, con la atención que recibió pudo *levantarse* y controlar un poco su *azúcar*. Así mismo, derivado de la cirugía, su cuerpo cambió, pues, su *esternón se abrió un poco* y, también como consecuencia de la cirugía, no puede realizar *mucho ejercicio*, lo que la limita a solo caminar. Elena considera que las causas de esta complicación (la aterosclerosis) fueron, por un lado, la presión que tuvo mientras trabajaba, la cual le generó más problemas *cardiovasculares*, así como el consumo de *alimentos altos en colesterol*: mariscos, barbacoa, carnitas, carne y grasa, los que, de acuerdo con Elena, provocaron que sus *arterias se fueran tapando*.

Además de estas condiciones de salud, Elena también tiene gastritis y glaucoma; así mismo, ella considera que debido a la diabetes le dan infecciones en las vías urinarias muy fácilmente. El tratamiento que Elena lleva para la atención a la diabetes es insulina y procura revisar sus niveles de glucosa cada semana o cuando está enferma. En general, ella considera que *toma muchas pastillas y mucha insulina*.

Desde el 2021, Elena es pensionada y vive en la cabecera del municipio con la familia de su sobrina; la religión que profesa Elena y su familia es la católica.

#### 2.2.4 TIPOLOGÍA V

---

<sup>27</sup> *Introducción de un catéter a presión; las arterias tapadas se ‘puentean’.*

Camilo, Ricardo, Jaime y Mario comparten algunas características sociodemográficas: la mayoría son casados o viven en pareja (excepto Jaime) y tienen hijas e hijos; viven con su familia en la cabecera del municipio; su red social es sólida; son personas económicamente activas y sus centros de trabajo se ubican en otras ciudades (Ixtlahuaca, Toluca y Ciudad de México), sin embargo, debido a la pandemia, Camilo y Jaime empezaron a trabajar desde casa. Respecto al tema de salud, también comparten algunas características: recibieron el diagnóstico de diabetes cuando tenían más de 35 años; consideran que la causa de la enfermedad fue *la herencia, la mala alimentación y la falta de ejercicio*; ellos reciben atención a la salud principalmente en el IMSS.

En resumen, la **tipología V** está conformada por hombres, dentro del rango de edad de 30 a 59 años y sin desarrollo de complicaciones; este grupo de hombres no forma parte de algún grupo vulnerable, no viven en pobreza extrema y tienen un trabajo estable que les permite tener seguridad social.

## CAMILO

Camilo es un hombre de 44 años originario de Jocotitlán, donde vivió hasta el año 2005, pues después se trasladó a la Ciudad de México a trabajar. Desde los 8 años hasta terminar la carrera (técnica) estudió en la Unidad Pedagógica Alejo Peralta, posteriormente cursó un par de semestres en la universidad. Aproximadamente en el año 2000, le dio un derrame ocular a causa de la hipertensión, por lo que acudió a recibir atención médica, ahí le informaron que también traía *altos* los triglicéridos y la hemoglobina, para tratar los triglicéridos altos acudió con una nutrióloga, con quien tuvo algunas diferencias, para tratar la hemoglobina alta le hacían una sangría cada mes, las cuales recibió durante 3 – 4 años y las dejó porque ya se sentía bien. Camilo vivió mucho tiempo solo, después se casó y tuvo 2 hijos, una niña y un niño.

Camilo, sus hijos, su esposa y madre (ambas amas de casa) viven en un barrio cercano a la cabecera del municipio de Jocotitlán; Camilo no forma parte de alguna religión. Camilo fue guardia de seguridad de una universidad (donde se imparte la licenciatura de Nutrición, por lo que conoce diversos temas del área); actualmente, trabaja para una empresa de telecomunicaciones ubicada en la Ciudad de México, la cual se dedica a realizar videoconferencias relacionadas con los temas de servicio médico, laboratorios, farmacéuticas, salud y medicina, por lo que, antes de la pandemia, frecuentemente asistía a diversos hospitales. Cuando trabajaba en la Ciudad de México, Camilo vivía en la casa de su tía, ubicada en Ciudad Satélite, en el municipio de Naucalpan de Juárez, Estado de

México, lo que le exigía llevar a cabo una determinada rutina: irse a trabajar a las 5:00 a.m. y regresar hasta la noche.

Desde el 8 de marzo del 2020, después del inicio de la pandemia causada por COVID – 19, Camilo regresó a Jocotitlán con su familia para trabajar desde casa, por computadora. Durante este periodo de confinamiento, aproximadamente en septiembre/octubre del 2020, Camilo se realizó unos estudios preoperatorios para la extracción de una hernia umbilical, en estos estudios le detectaron *ligeramente alta el azúcar*. Él considera que la causa de su diabetes fue el sedentarismo causado por el poco ejercicio que hacía derivado de las actividades de su trabajo; para el momento de la entrevista, Camilo se consideraba un *paciente asintomático*, pues no había sentido *los padecimientos del azúcar alta*, como *mareos, cansancio, deshidratación o pérdida de peso drástica*. Camilo refiere que antes le gustaba mucho el alcohol, pero ahora ya no tiene ese gusto.

## RICARDO

Ricardo es un hombre de 45 años originario de Nezahualcóyotl, Estado de México, donde vivió su niñez, adolescencia y juventud. Cuando era niño, Ricardo recuerda que sus papás no tenían mucho dinero. Ricardo terminó la secundaria, ya de joven anduvo *de aquí para allá* y cuando tenía 20 años se fue a Estados Unidos sin papeles, ahí pasó 4 años, llevo una vida *desordenada* y de *excesos*, después lo *agarraron* y lo *deportaron sin dinero* para Tijuana, donde al principio no tenía donde quedarse. A su regreso estaba solo, *no había construido a su familia*, después *sentó cabeza* y formó una familia, ahora ya tiene aproximadamente 14 años viviendo en Jocotitlán (donde vive desde el 2007).

Actualmente, Ricardo vive en unión libre, su pareja es ama de casa, y tienen un hijo; su familia (incluyendo su nuera) y él residen en un barrio cercano a la cabecera del municipio y no forman parte de alguna religión. Ricardo trabaja en la noche en una fábrica ubicada en el municipio de Ixtlahuaca. A Ricardo le detectaron diabetes en el 2012, él considera que una de las causas de la enfermedad es que su mamá tiene diabetes y la *mala alimentación*; como parte de su tratamiento se aplica insulina. Además de la diabetes, Ricardo padece hipertensión y un problema gastrointestinal que le genera *dolores intensos en el estómago* cuando llega a comer salsa o picante.

## JAIME

Jaime es un hombre de 49 años originario de la Ciudad de México, donde nació y vivió hasta los 28 años, después se casó y se mudó a Jocotitlán. La abuelita paterna de Jaime era alemana, ella

llegó a Chiapas y cuando se casó se fue a vivir a la Ciudad de México. Jaime es divorciado, tiene 2 hijos y aunque vive solo, sus hijos lo visitan cada 15 días. La religión que profesa Jaime es la católica. El grado de estudios de Jaime es licenciatura y actualmente trabaja para una empresa ubicada en la Ciudad de México, su actividad se basa en compras internacionales. Antes de la pandemia causada por COVID – 19, Jaime trabajaba en las instalaciones de la empresa, cuando empezó la contingencia sanitaria regresó a Jocotitlán para trabajar desde casa (ubicada en la cabecera del municipio). En el confinamiento a Jaime le detectaron diabetes, aproximadamente en septiembre del 2020; él considera que la causa de su enfermedad fue, por un lado, el factor hereditario, pues en su familia hay casos de diabetes por parte de sus abuelos, y por otro lado, la falta de ejercicio y la mala alimentación.

## MARIO

Es un hombre de 50 años de edad originario de Jocotitlán y es esposo de Sandra, su escolaridad es tercero de secundaria. Aproximadamente en el 2017 *su cuerpo se fue sintiendo mal*, empezó a bajar de peso, su vista empezó a *fallar un poco*, por lo que, una sus hermanas que es médica le recomendó hacerse unos estudios y así fue como supo que tenía diabetes. Mario considera que la causa de su enfermedad es la conjunción de una *mala alimentación, los corajes y el estrés*, pues aunque él no se sentía estresado, *todo su cuerpo ya estaba estresado, y al forzarlo generó las enfermedades*. Actualmente Mario trabaja en una fábrica de cinturones ubicada en la Ciudad de Toluca, aún con la pandemia ha seguido trabajando, de lunes a viernes sale a las 4:00 a.m. para su trabajo y regresa a las 6:00 p.m. a su casa.

## 2.2.5 PERSONAL DE SALUD

### ADRIANA

Es médica familiar, tiene 49 años y es católica. Es de Ixtlahuaca y trabaja como directora en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS. Antes de ejercer este cargo, Adriana trabajó durante 11 años en la U.M.F. de Jocotitlán; a pesar de estar adscrita a otra Unidad, ocasionalmente da atención a pacientes en Jocotitlán en la jornada sabatina. Además de ser especialista en Medicina Familiar, la médica Adriana es maestra y doctorante.

### LETICIA

Es técnica en Enfermería General, egresada de Instituto Politécnico Nacional; ha laborado durante 28 años en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Leticia es originaria de la Ciudad de México, tiene 52 años, es católica y vive en Atlacomulco. En la Unidad de Medicina Familiar, la enfermera Leticia ejerce como auxiliar de enfermería en el área de Medicina Preventiva, donde se encarga de los procesos de vacunación, diagnóstico de enfermedades crónicas, como diabetes e hipertensión, entre otras funciones. Leticia padece diabetes desde el 2017, por lo que, su experiencia con el padecimiento influye en la atención a las/los pacientes.

# CAPÍTULO III: SABERES DE ALIMENTACIÓN DE LAS Y LOS COLABORADORES

## 1. REPRESENTACIONES SOCIALES ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA DIABETES TIPO 2

### 1.1 LA ALIMENTACIÓN RELACIONADA CON EL DESARROLLO DE LA DIABETES TIPO 2

Para los colaboradores de la tipología I y V la alimentación está relacionada con el desarrollo de la diabetes. Por un lado, la diabetes se vincula con *no tener hábitos alimenticios*, lo que, ocasiona *un descontrol* (Isabel, 2021); así como con la *mala alimentación* y sus efectos en el cuerpo (*sistema para digerir los alimentos*).

[Refiriéndose a la causa de la diabetes] *yo pienso que es, simple y sencillamente, no tener cuidado con nuestra alimentación, [...] la mala alimentación, porque, [acerca del lunch que llevaban en uno de los trabajos que tuvo en EEUU] yo veía que los gringos se comían, una de ellas se comía una galletita y su soda, siempre su soda, su galletita, sus cacahuatitos, y yo las veía y decía '¡ay!', ¿por qué ellas no engordan como nosotros?', y nosotros pues no que nuestras 4 tortillas, 10 tortillas y grasa y más grasa, entonces, yo quiero pensar que esa es la causa [...]'.* (Lorena, 2021)

Las tortillas y la grasa, en este caso, se relacionan con *la mala alimentación* que desencadena la diabetes. Por otro lado, no comer o estar en ayunas también se relaciona con el desarrollo de la diabetes.

[La diabetes] *es una enfermedad que nos va acabando, por causa de que no comemos, más que nada que no comemos [...]* *yo antes no comía, por eso le digo que, como no comía, andaba en ayuna, no sé si eso fue lo que me afectó también, siempre en ayuna, todos los días en ayuna... desde que empecé a trabajar tenía yo, mmm, yo creo que tenía 9 años, o 8'.* (Sandra, 2021)

Para los hombres, las características del tipo de alimentación que se relaciona con el desarrollo de la diabetes son:

*Alta en carbohidratos, azúcares, harinas procesadas y grasas/grasas saturadas;* que incluya pocas ensaladas, mucha carne, alimentos muy condimentados y porciones grandes. Los alimentos característicos de este tipo de alimentación son: los que contienen un exceso de *harinas procesadas*

como el pan, la tortilla, las pastas y los embutidos (que además de contener harinas también contienen *grasas saturadas*); los que contienen *grasas/grasas saturadas* como *las frituras y las grasas* en general; así como *las bebidas azucaradas, los jugos y los refrescos*<sup>28</sup> (específicamente la *Coca – Cola®*).

[...] *alimentos que pueden producir la diabetes, digamos, bebidas embotelladas, grasas, la saturación de grasas, bueno, yo digo, lo que comemos los mexicanos, ¿no?, el promedio, son las carnitas, barbacoa, la Coca, tons todo eso incrementa la posibilidad de padecer diabetes, o ayuda a la enfermedad de la diabetes*’. (Ricardo, 2021)

De igual modo, la rutina laboral influye en las formas de alimentación y en el desarrollo de la diabetes.

[...] *nosotros que trabajamos en la oficina no siempre tenemos un horario adecuado de comida, comemos muy rápido o comemos comida chatarra para poder cumplir con nuestros horarios de trabajo, creo que eso sí también afecta mucho [...] es muy difícil, por ejemplo, hacer 5 comidas al día, o sea, generalmente hacemos 3, ¿no?, o sea desayunamos muy temprano y no volvemos a comer nada sino hasta las 2 o 3 de la tarde y no volvemos a comer nada ya hasta que llegamos a nuestras casas, que si son como a las 8:00 de la noche [...]*’. (Jaime, 2021)

En general, para estas tipologías, las grasas, los azúcares en los alimentos, las *harinas* y las tortillas es lo que se suele relacionar con la diabetes y las repercusiones en el *estado de salud*.

Para la tipología III, también la alimentación está relacionada con el desarrollo de la diabetes.

*Los hábitos en la alimentación son los definitivos para adquirir esta enfermedad. [...] la alimentación es la que nos lleva a todas las enfermedades, la mala alimentación, las malas costumbres, en fin*’. (Tania, 2021)

Ellas consideran que el tipo de alimentación que *desencadena* la diabetes está caracterizada por comer en exceso alimentos como: azúcar, alimentos que *hacen daño* (alimentos dulces, postres, pastel, *Coca – Cola®* y pan por su contenido de harina), *carbohidratos* (como las tortillas y el pan), dulces, bebidas como refresco, agua endulzada y bebidas alcohólicas (como la cerveza). Una de las características de la mayoría de estos alimentos es su sabor dulce, el cual, además de relacionarse con el desarrollo de la diabetes, se considera dañino.

---

<sup>28</sup> Bebidas carbonatadas, sus ingredientes principales son: agua carbonatada, azúcares añadidos (pueden contener edulcorantes) y aditivos como colorantes y saborizantes. También son conocidas como *sodas* o *gaseosas*.



*'Cuando como algún postre, dulce, me siento, así como mareada [...]'. (Andrea, 2021)*

Otras prácticas alimentarias relacionadas con el desarrollo de la diabetes son *no medirse en las porciones, comer de más*, así como, *no hacer ejercicio*. Estas representaciones surgen de la información que han recibido de otras personas y de la propia experiencia.

*'Subí mucho de peso por las malas costumbres y la mala alimentación, entonces todo eso, la herencia, desencadenan en diabetes'. (Tania, 2021)*

*'La herencia que ya traemos, la mala alimentación, mala no en cantidad, sino en calidad, entonces todo eso nos lleva a subir de peso, a llevar una vida sedentaria, en fin, no nos ayuda en nada'. (Tania, 2021)*

Sí bien se consideran distintos factores relacionados con la *mala alimentación*, el desconocimiento y la falta de recursos económicos son algunos de ellos.

[Factores relacionados con la mala alimentación] *muchos por ignorancia, porque no sabemos realmente complementar un menú adecuado, otros porque no hay dinero o no hay con que comprar las cosas que se requieren, pero son muchos factores que no acabaríamos de enumerarlos'. (Tania, 2021)*

Por último, para la tipología IV, la alimentación está relacionada con el desarrollo de la diabetes. Comer *en abundancia, sin medidas y hasta llenarnos*; y los alimentos con azúcar y harina refinada, como el pan, las pastas, los dulces y el refresco, se relacionan con el desarrollo de la diabetes. Además de la alimentación, *la herencia* (descender de una *familia diabética*) y la falta de ejercicio también se asocian con el desarrollo de la enfermedad. Por otro lado, Ignacio, el esposo de Sara, considera que el abuso de azúcar, refrescos, dulces y pan está relacionado con enfermarse de diabetes; para él, los refrescos y las *harinas, perjudican mucho* a las personas que padecen diabetes.

*'La gente abusamos de todo lo que nos hace mal, abusa uno de los refrescos, del pan, de todo eso que nos hace mal abusa uno, por eso nos hace mal a todos'. (Ignacio, 2021)*

Así mismo, Ignacio relaciona el consumo de determinados grupos de alimentos con la elevación de los niveles de triglicéridos, colesterol y ácido úrico.

*'La grasa nos hace mal, se nos suben los triglicéridos, el colesterol, igual las harinas. Las carnes el ácido úrico y las harinas también, se nos sube el colesterol con las harinas'. (Ignacio, 2021)*

También, Ignacio explica porque las tortillas *no hacen tanto mal* a diferencia del pan.

*No nos hacen tanto mal las tortillas, el pan es el que nos hace más mal que las tortillas, las tortillas tienen más fibra y el pan es harina ya muy procesada. [...] La harina procesada nos engorda más rápido, porque esa se va directo al cuerpo y las tortillas tienen más fibra y esa la desechamos más rápido, esa no se queda en el cuerpo'. (Ignacio, 2021)*

Por último, Ignacio resalta que *malpasarse* también repercute en la alimentación.

*'Sí te mal pasas y llegas al momento de que vas a comer, pus abusa uno de la comida, ¿por qué?, pus porque tiene hambre, se mal pasó y quiere aprovecharse en ese momento de los alimentos'. (Ignacio, 2021)*

La alimentación también está relacionada con el desarrollo de complicaciones, para Elena, la causa de las *arterias tapadas* y el infarto fue comer mariscos, barbacoa, carnitas, carne y grasa, debido a su contenido de colesterol.

### 1.1.1 LA ALIMENTACIÓN QUE SUBE EL AZÚCAR

Las y los colaboradores (de las tipologías I, IV y V) consideran que ciertos alimentos elevan sus niveles de glucosa, como: la tortilla, el pan (especialmente el pan dulce), las pastas, las galletas, los dulces (tradicionales o industrializados), los chocolates, los postres (pastel, gelatina y flan), la nieve, el azúcar y el refresco (específicamente la *Coca – Cola®*); el origen de estas representaciones es diverso.

*'Yo oía que decían que los diabéticos no podían comer tortilla o pan, sobre todo pan de dulce, [...] yo lo escuchaba de vecinos, de gente, porque tuve mis dos abuelas, la materna y la paterna fueron diabéticas y mi abuelita materna que fue la última de las abuelitas que falleció, sus hijas le prohibían 'no esto, no el otro, no comas esto, no...', incluso ni un taquito ni una probadita de barbacoa, o sea, cosas así, que las tortillas contaditas o una nada más, yo veía eso, o así, como te he dicho, mis papás son diabéticos y la gente que luego venía '¿cómo estás?, no es que no debes comer esto, bájale a la tortilla, bájale al pan', o sea, de ahí es donde yo decía pues no debo comer esto, pero pues las tortillas son ricas (risas)'. (Isabel, 2021)*

La restricción a ciertos alimentos también está asociada con el incremento de los niveles de glucosa.

*'Si una persona que [...] estaba acostumbrada no sé, estamos hablando de que en el almuerzo se comía 8 o 10 tortillas y tú lo quieres hacer que se consuma 2, pues al contrario le va a generar más apetito y más ganancia de peso, con eso pues se va a perjudicar porque en lugar de que baje su nivel de glucosa va a tender a subir más [...]'. (Camilo, 2021)*

Por otro lado, para la tipología IV, irritarse o enojarse, tener problemas, infecciones, estar bajo mucha presión, tener alguna alegría, tristeza, sorpresa, angustia o preocupación son situaciones que, para ellas, también incrementan los niveles de glucosa.

## 1.2 LA ALIMENTACIÓN RELACIONADA CON LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2

Al menos un colaborador o colaboradora de cada tipología refirió que la alimentación podría ayudar en la prevención de la diabetes.

Para Sandra (tipología I), considerando que una de las causas de la diabetes es no comer o estar en ayunas, la prevención de la enfermedad consiste en desayunar.

*[...] desayunando todos los días, a sus horas, tomar algo todos los días, levantarse, o sea, lo normal ¿no?, lavarse las manos y equis pero primero es desayunar, lo que sea'. (Sandra, 2021)*

Los hombres entrevistados refirieron que el tipo de alimentación que se relaciona con la prevención de la diabetes debe de ser reducida en grasas (frituras) y en azúcares; por otro lado, el *ejercicio* también puede ayudar a la prevención de la diabetes, así como la formación de *hábitos* alimenticios en las niñas y niños.

*[...] sí me gustaría saber un poco más, a lo mejor no, ya no tanto para mí, como yo que ya vamos un poco más avanzados, pero si pa' los que vienen atrás, empezar desde más pequeños a crearles un hábito de alimentación, para que ellos poco a poco se les vaya haciendo más hábito, o, como alimentarse, y como 'hora hay muchos productos chatarra, pues este no sé, reducir su consumo'. (Camilo, 2021)*

También se presentan diferencias entre los alimentos que se consideran que pueden ayudar a la prevención o pueden incrementar el riesgo de desarrollar diabetes, como el caso de las frutas y las tortillas.

El caso de las frutas:

*[Refiriéndose a los alimentos relacionados con la prevención de diabetes] [...] cuando se tienen más verduras, frutas, y cosas no tan procesadas, como los embutidos o los cárnicos, pues digo sí ayuda a que no se desarrolle la diabetes'. (Jaime, 2021)*

*[...] reducirle al consumo de azúcares, que es en los refrescos, los jugos, hasta algunas frutas [...]'. (Camilo, 2021)*

El caso de las tortillas:

[Refiriéndose a los alimentos relacionados con el desarrollo de diabetes] [...] *obviamente pan, tortilla, pastas, embutidos, y en sí todo lo que lleva, pues exceso de harinas*'. (Jaime, 2021)

[...] *para algunos es más recomendable que reduzcan su consumo de tortillas, pero yo en mi caso consideraría que a lo mejor no es que cambien el uso de la tortilla, sino que, hay que balancear la alimentación tanto como es con cereales, verduras, proteínas [...]*'. (Camilo, 2021)

Por otro lado, para Tania (tipología III), una alimentación que permita prevenir la diabetes debe incluir frutas, verduras, cereales y alimentos de origen animal; preparaciones como asados y en porciones no grandes.

*Un buen desayuno, con fruta, poca, por ejemplo, papaya, un sándwich y alguna verdurita, nada más. La comida pues sería algo igual, una sopa de verdura, una carne asada o pollo, lo que sea, pero en cantidades no grandes*'. (Tania, 2021)

Para Sara (tipología IV), comer *sanamente*, comer más verduras, no comer cosas muy dulces y comer todo *con medida* ayuda a prevenir la diabetes. Para Ignacio, su esposo, comer *más verduras, más fibras en lugar de harinas y azúcares*, puede ayudar a prevenir la diabetes.

### 1.3 LA ALIMENTACIÓN COMO TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2

Las representaciones acerca de la alimentación que se debe llevar para atender la diabetes son diversas en las mujeres de la tipología I; por un lado, Isabel (2021) refiere que un nutriólogo es quien puede enseñar *cómo complementar o hacer un plato sano de alimentación para el día o la semana*, y que la *orientación* acerca de la diabetes permite llevar *otro tipo de vida*. Por otro lado, de acuerdo a lo mencionado por Lorena, para el *control del azúcar* y el *cuidado de la diabetes* no se deben consumir alimentos como el pan, el refresco, las frutas dulces, el café, los chocolates y las harinas.

*Hay algunas frutas que nosotros los diabéticos no debemos de comer, sí podemos pero no debemos, ejemplo, el mango es uno de ellos porque tienen bastante azúcar, la piña también tiene mucha azúcar, pero ayuda también para, dicen, que para los riñones porque es un antioxidante y todo eso ¿no? [...]*'. (Lorena, 2021)

Así mismo, debido a las dificultades que puede implicar, se sugiere comer en *cantidades moderadas*, en vez de dejar la alimentación cotidiana o de evitar algunos alimentos.

*'Yo pienso que una persona cuando la diagnostican diabética, tampoco podemos dejar todo, nuestra alimentación, porque pues es morirte también ¿no?, sino disminuir, se puede comer de todo, pero en cantidades moderadas, yo eso es lo que pienso, a la mejor estoy mal, porque, pues los doctores son los sabios y los que te pueden decir qué es lo que debes de comer, pero a veces uno no acepta'.* (Lorena, 2021)

*'O sea, no es, 'no comas', sino, 'disminuye lo que comes', [...] podemos consumir de todo, pero lo que debemos de hacer es, no sé, 'ok, puedes consumir frijoles, sí', 'puedes consumir', no sé, 'espagueti, sí', pero, todo depende de uno, de no sé, a lo mejor una cucharada, arroz también, pero también como le digo, de entrada decirnos, 'ok, puedes comer frijoles, puedes comer arroz, puedes comer lentejas; cuando tú comas eso, no debes de comer una tortilla...'. (Lorena, 2021)*

El consumo de agua es considerado importante en la atención a la diabetes.

*'Lo que sí puede ser siempre, no dejar de tomar agua, ese es el principal factor, no dejar de tomar agua, porque, puedes alimentarte con tu pedazo de chuleta de pollo, tu verdura, pero sí tomas Coca<sup>29</sup>, o cualquier otro refresco gaseoso, pues tampoco no te estás ayudando'.* (Lorena, 2021)

Por otro lado, de acuerdo con lo referido por los hombres entrevistados (tipología V), la alimentación que *favorece el control de la diabetes* debe:

Llevarse a cabo de acuerdo con el *Plato del Buen Comer*; que incluya un *poquito de todo pero con medida*; que no cambie la *rutina de alimentación de un día para otro*, específicamente, en la reducción del consumo de tortillas, pues, esto puede generar *más apetito*, mayor *ganancia de peso* y una descompensación muy grande que hace que suba el nivel de *glucosa*; que incorpore alimentos como las verduras y la avena, ya que, *ayudan a que el cuerpo no asimile carbohidratos*; así como, *frutas, verduras, carnes y agua*. Si bien el origen de estas representaciones es diverso, un colaborador refirió al personal de salud como fuente de ellas.

Para las mujeres de la tipología III, la alimentación es considerada un elemento que ayuda a prevenir los niveles elevados de glucosa y a *controlar* la enfermedad.

*'Siempre, a los diabéticos nos han dicho que no debemos de consumir azúcar, mucho menos refresco, pues todo esto, harinas, y más harinas refinadas, todo eso, [...] para que no nos suba los niveles de azúcar en la sangre'.* (Carolina, 2021)

---

<sup>29</sup> Coca – Cola®.

*‘En mi caso yo he controlado [la diabetes] con medicamento, porque sin medicamento no podemos hacer nada y menos a determinadas edades. El medicamento es definitivo, ayuda, pero también es un 50% y un 50% la alimentación. La alimentación es todo en la diabetes, es básica’. (Tania, 2021)*

Para las colaboradoras de la tipología III, las características del tipo de alimentación que permitiría tratar la diabetes consisten en:

- Evitar comer: azúcar, pan, harinas refinadas, alimentos con muchos conservadores y sales (enlatados y empaquetados), refresco, agua endulzada y bebidas alcohólicas (como cerveza).
- Comer poco: tortillas, papas, frijoles y habas.
- Comer de vez en cuando: algo que no se debe.
- Comer mucho: verduras.
- Otras características: comer a sus horas y *lo más natural posible*.

La finalidad de comer *lo más natural posible* es evitar el consumo de *conservadores*, los cuales *no se necesitan*.

*‘Debemos tomar las cosas lo más natural posible. [...] por ejemplo, las verduras no enlatadas, naturales, pa’ que nosotros podamos, si van cocidas, o si van precocidas o si son crudas, lo más sencillo que se pueda, porque ya todo lo que viene enlatado, empaquetado y todo eso trae conservadores y nosotros no necesitamos nada de ese tipo de cosas’. (Tania, 2021)*

Por otro lado, las papas, los frijoles y las habas, de acuerdo a lo referido por Tania, son alimentos que forman parte de los hábitos de los mexicanos, sin embargo, deben comerse poco.

*‘Como mexicanos estamos acostumbrados a muchas papas, a muchos frijoles, a habas, etcétera, cosas que no debemos de comer con frecuencia, si se pueden comer pero poco’. (Tania, 2021)*

Por último, el ejercicio también formaría parte del tratamiento, pues, es considerado un elemento que permite compensar cuando se come algo que *no se debe*.

*‘Yo hago ejercicio y con ese ejercicio que hago, aunque coma determinadas cositas de vez en cuando que no debo de comer me mantengo porque si estoy sentada todo el día pues no, no voy a estar bien’. (Tania, 2021)*

Por otro lado, para Elena (tipología IV) la diabetes es una enfermedad que *hay que controlar* a través de una *dieta rigurosa*.

*'Hay que controlarla [la diabetes], o sea, necesitamos llevar una dieta rigurosa y tomar nuestros medicamentos, es sólo control únicamente, porque pues ya ve que esa enfermedad después afecta varios órganos de nuestro cuerpo'. (Elena, 2021)*

Para Elena y Sara, la alimentación para tratar la diabetes consiste, de manera general, en *comer a sus horas, comer lo que el cuerpo necesita, no en abundancia y en pocas cantidades* (por ejemplo: el arroz, las lentejas, los frijoles, la fruta, el pan y las galletas); evitar alimentos que contienen azúcar (como azúcar, refrescos, aguas preparadas con frutas y azúcar) y grasas; comer de acuerdo al *plato de la salud*; consumir muchas verduras y determinadas frutas, pues, las tunas, el mango, las uvas y el plátano *no se pueden comer*.

*[...] eso es lo que más nos evitan y lo que nosotros como diabéticos tenemos prohibido comer [...], porque son altos en calorías, contienen azúcar y claro que se nos eleva el azúcar por las calorías que tienen'. (Sara, 2021)*

Por otro lado, para Ignacio, las personas que padecen diabetes deben de llevar una dieta balanceada, una buena alimentación, sana, la cual consiste en: no comer grasas, nada de refrescos, muy poquitas o nada de harinas, menos tortillas y pan, mucha verdura y fibra. Además de la alimentación, lo que también ayuda a tratar la diabetes es procurar llevar una vida tranquila, no enojarse tanto y hacer ejercicio.

### 1.3.1 ALIMENTACIÓN SANA

Las colaboradoras de la tipología III han construido significados alrededor de lo que significa una alimentación *sana* o *saludable*. Para Carolina, el referente de una alimentación sana es que esta sea inocua.

*[En Jocotitlán] habrá 1, o 2, o 3, que no rieguen con aguas negras, que no le pongan clembuterol y todo eso al animal para que crezca más rápido; al pollo le ponen en el agua igual anabólicos para que crezca rápido; el buevo igual, para que estén poniendo 2 veces al día, cuando los pollos ponen (risas) una vez al día, pero ya ellos con tal de sacar dinero les meten cosas para que produzcan más. Entonces, por eso, nosotros [tratamos] de ver más o menos en donde compramos nuestros alimentos, para que no estén sucios, para que sea lo más sano que se pueda, porque ahorita con todos los insecticidas, herbicidas y todo, pues no, ya no están tan sanos. Pero bueno, tratamos de que estén un poquito más sanos, esa es la finalidad'. (Carolina, 2021)*

Los conocimientos que Carolina refiere acerca de la inocuidad de cárnicos provienen de lo transmitido por su hijo veterinario.

*'Tengo un hijo que es veterinario, y pues más o menos da el tip, de que una carne no debe de estar blanca porque esa tiene mucho clembuterol, por ejemplo de una res, porque casi siempre 'ay mira que blanquita está la carne, ¡está muy buena!', pero dice 'no, mamá, esa carne no está buena', [...] por eso más o menos le sé, si una carne está limpia o tiene anabólicos o tiene sales como les dicen. [...] y por ejemplo, si usted va a la carnicería y ve una carne así que su sangre es 'hora sí sangre, no agua, porque también cuando está en las vitrinas la carne, llora este como agüita, no sangre, entonces eso quiere decir que no es buena la carne, y cuando la vea así morenita y eso, esa es la buena porque esa no tiene sales'. (Carolina, 2021)*

Para Andrea, el referente de una *alimentación sana* es lo transmitido por su tía, quien en marzo del 2021 acababa de fallecer. La alimentación que llevaba su tía estaba consistía en: no comer sal, comer muchas verduras, desayunar poco, comer nueces, almendras y pescado y poca sopa de pasta y grasa.

*'Tuve una tía que murió, ella estaba igual que yo, con la diabetes, ella se cuidaba mucho, no comía sal, no comía muchas cosas, porque tenemos otra tía que se vio muy malita de lo de la diabetis, cuando le empezaron a hacer las diálisis y todo eso, y no quería pasar lo que vivió con su hermana, entons ella se cuidaba tanto, comía muy bien y sano, mucha verdura, mucho todo, y se fue. [...] mi tía, tanto que se cuidaba porque desayunaba poco, con sus almendras, nueces, porque decía '¡no!, a mí me da hambre y luego, luego me como mis nueces y almendras', ella comía pescado, verduras, le gustaban mucho las verduras, el brócoli, muchas verduras comía ella, casi no comía sopa, todo eso. Ella no comía mucha grasa, sí comía mucha grasa o se pasaba de más, se soltaba del estómago'. (Andrea, 2021)*

### 1.3.2 ALIMENTACIÓN EN CONTEXTO DE HOSPITALIZACIÓN

La alimentación para el tratamiento de la diabetes también se construye en el contexto hospitalario. Sara (tipología IV) describe la cena que llevó durante su estancia hospitalaria, la cual, desde el punto de vista nutricional, es baja en calorías y deficiente en macronutrientos.

*'Cuando me hospitalizaron para lo de mi pie, los dos días que estuve internada, en la noche me llevaban té sin azúcar y me ponían dos sobrecitos de Splenda®, si lo quería así me tomaba el té, sin azúcar, y me ponían unas 5 o 6 galletitas Marías®, eso es lo que me ponían para merendar'. (Sara, 2021)*



### 1.3.3 PRODUCTOS ALIMENTICIOS PARA LA DIABETES Y LA REDUCCIÓN DE PESO

A través de los años de padecer diabetes, Sara y Elena (tipología IV) han probado diversos productos alimenticios destinados a la atención a la diabetes o a la reducción de peso, por ejemplo: gelatina, chocolate y tortillas de nopal. Para las colaboradoras estos productos saben dulces (en el caso de la gelatina y el chocolate), son caros y difíciles de conseguir, por lo que, prefieren no consumirlos o consumir la versión normal/original del alimento.

*‘Me dijo [mi tía] que hay chocolates para diabético, pero luego es muy difícil conseguirlos y prefiero quedarme sin comer un chocolate’.* (Sara, 2021)

*‘Yo siento más dulce la gelatina para diabético que la gelatina normal, siento que la gelatina para diabético y todos los dulces y todo, pues no han de tener mucha azúcar, pero de que tienen azúcar sí tienen, aunque sea menos pero tienen. [...] Yo para quitarme la tentación o algo, prefiero comer lo que es lo normal, o comerme un cachito de lo normal, a comerme los dulces que no tienen azúcar, yo los siento más dulces. [...] Le digo, ‘mira, mejor dame un cachito de lo normal, de este’, a que me coma un pedazo, un chocolate para diabético’.* (Sara, 2021)

*‘[Respecto a la atención que recibió en la consulta privada de Nutrición] teníamos que comprar muchos productos, o sea, se tenían que comprar unas pastillas, sí están muy caras, teníamos que comprar tortillas de nopal, estas Susalia®, creo, o sea, muchas cosas y las pastillas, estaba muy caro, teníamos una meta de cuantos kilos bajar en una semana creo, algo así, o cada 15 días, pero era muy caro’.* (Elena, 2021)

### 1.4 SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS

Las colaboradoras de la tipología I refirieron conocer los productos de la marca Herbalife®, la cual ofrece cápsulas y malteadas, y que, de acuerdo con Lorena (2021), *están muy ricas*; Omnilife® (antes Omnitrition®), que ofrece botellitas y café de olla; Kromasol®, que también vende café; Ives México®, que vende malteadas, gel para adelgazar y cápsulas de cartílago, calcio de coral y complejo B, y que además de vender productos, ofrece charlas y otros servicios.

*‘[Acerca de Ives México®] ahí te tienes que hacer una depuración, como que limpiarte todo, y ya después ya, [...] lo que me gusta ahí, son las conferencias que da el nutriólogo, porque ellos hablan de la metafísica, del cuerpo, de todo eso, me gusta escucharlo’.* (Lorena, 2021)

Isabel, Lorena y Sandra refirieron haber consumido suplementos alimenticios con diferentes motivos: consumo de malteadas y cápsulas para la atención a la anemia, tener energía y estar activa (Isabel); consumo de cápsulas de cartílago para el dolor de rodillas (Lorena); y realización de gárgaras para el dolor de garganta (Sandra). Sí bien fueron utilizados con estos fines, las colaboradoras mencionaron haber escuchado que también servían *para los riñones, para el estómago y para el dolor de cabeza*.

*'Abí le recetan dependiendo de lo que usted tenga ¿no?, por decirlo, sí tienes colesterol, sí tienes triglicéridos, ya te dice 'ah, este te sirve para esto', como yo que me dolían las rodillas, tenses me dolían para el cartílago, las rodillas, o como que, como que si se me durmieran las manos, entonces, dependiendo de lo que uno dice que tiene o que quiere, es el tratamiento que le dan a uno'*. (Lorena, 2021)

Las colaboradoras refirieron acercarse a estos productos a través de otras mujeres: *señoras y chicas*; por otro lado, Lorena refirió haber formado parte de esas *compañías* hace algunos años. Estos productos son accesibles que incluso los llegaron a ofrecer en las casas de las colaboradoras. Sin embargo, una colaboradora refirió que son caros, además de que persiste la desconfianza en el consumo de estos.

*'[...] yo me he dado cuenta que con esas cápsulas [...] si no tomaba suficiente agua, ya estaba orinando más oscuro, entonces definitivamente dijimos pues son muchas pastillas, es llenarnos mucho de pastillas y pues tu riñón no va a darse abasto si no tomas agua, eso es lo que notamos que esos medicamentos, bueno esos suplementos requerían de tomar muchísima agua, porque sí no, pues es ahí el problema, con tanta pastilla y pastilla y aparte la malteada pues también es polvo y si no se disuelve, no sé, pues siento que también amuela'*. (Isabel, 2021)

El consumo de estos productos se da por la búsqueda de alternativas a los medicamentos; sin embargo, también se consumieron de manera importante con el fin de adelgazar. Además de los suplementos ya mencionados, se consumieron otros productos para adelgazar, como el café de olla o el palo de Brasil.

*'[...] yo tomé el café de olla, tomaba yo muchas cosas para adelgazar, todo eso, siempre, que mujer no quiere adelgazar ¿verdad?, pero (risas), uno le hace a todo eso, sí, [...] pero pues, una amiga me dijo que mejor me tome el palo del Brasil, que ese adelgaza más rápido, pero quién sabe si tenga consecuencias, no sé [...] ya lo venden, el palito en trocitos, tenses ya no' más te dicen 'tómame este trocito porque ese te ayuda a eliminar la*

*grasa de donde no la quieres', pero bueno, pues toda empresa dice lo que quiere que la gente sepa, pero, a veces no sabemos si es verdad o no [...]'. (Lorena, 2021)*

Las colaboradas refirieron consumir estos suplementos alimenticios, principalmente, con otros fines que no son la diabetes. Con el fin de la atención a la diabetes, Lorena refirió haber consumido un producto basado en *cosas naturales*.

*No me acuerdo cómo se llama este producto, pero lo que sí sé, es que trae borraja, trae uña de gato, trae, ¿cómo se llama?, moringa, mm ¿qué más trae?... trae otras cosas que se supone que son las que toma uno cuando está tratando de no tener diabetes y bajar de peso, naturales'. (Lorena, 2021)*

Por otro lado, a su hija Daniela, el nutriólogo le recomendó tomar las cápsulas del sapo para que *su azúcar no se le desate rápido*.

*[...] y tengo unas cápsulas, del sapo, yo creo que todavía ni se caducan, pero sí tengo unas que traían creo que como 150 cápsulas y esas las compré también para mi hija Daniela, porque, pues para que se las tomara, me las recetó el nutriólogo, yo creo que esas las vendía fuera de, lo que es, la consulta, porque él me dijo 'con estas se puede tomar para que Daniela esté bien' y no, como que no se le desate el azúcar así rápido'. (Lorena, 2021)*

Por otro lado, de acuerdo con lo mencionado por los colaboradores de la tipología I, existen diferencias entre lo que se puede considerar un suplemento alimenticio, por un lado, pueden ser las *bebidas energizantes* (*Vive 100®* y *Gatorade®*), o suplementos que *ayudan a mejorar*. La mayoría no los consume porque no son de su *agrado*, porque reconocen que lo que les ofrecen lo pueden encontrar en otros alimentos o porque en experiencias previas no obtuvieron los resultados esperados; por otro lado, ellos refirieron que accedieron a este tipo de productos en el lugar donde viven o a través de internet. Los hombres mencionaron diferencias acerca de la utilidad de los suplementos alimenticios en la atención a la diabetes, a pesar de ello, ninguno lo consumió con la finalidad de atender la enfermedad.

*Llegué a escuchar [que los suplementos pudieran servir para la diabetes] pero no llegué a consumir así pa' la diabetes, llegué a consumir para reducir un poco el peso, para tener más energía, pero pues no llegué a obtener los resultados que yo esperaba'. (Camilo, 2021)*

Las mujeres de la tipología III refirieron que los suplementos alimenticios están disponibles en su contexto cotidiano, ya sea, en *clubs* donde se venden productos de *Herbalife®* y en establecimientos de venta de tés y *remedios*; así mismo, ellas han escuchado que estos productos pudieran servirles para la atención a la diabetes, sin embargo, ninguna de ellas los consume por desconfianza, ya sea, por sus fines comerciales y porque no los consideran inocuos y eficaces.

*'He escuchado, que según son milagrosas, pues ayuda para todo, pero la verdad yo siento que no, porque, según un té que dan, 'ub ese le ayuda para muchísimas cosas', pero yo pienso que finalmente no ayuda para nada. [...] esas cosas son nada más como, como comerciales, o sea, yo siento que no, y en lugar de ayudar, dañan y aparte, nadie se responsabiliza por el producto, siempre le ponen en la cajita 'responsabilidad del que lo consume', entonces, ¿cómo?, ¿quién se hace responsable de esos productos?, de que no nos van a hacer daño, de que sí nos van a servir para lo que nos los están dando, aparte qué laboratorio nos avala todo eso'.* (Carolina, 2021)

*'No me gusta tomar mucha medicina. [...] me han dicho que es bueno, pero yo, 'ora sí que me encuentro muy bien tomándome mis pastillas para la diabetes, y es todo lo que te tomo de medicamentos'.* (Andrea, 2021)

*'Hay muchos complementos alimenticios que sí nos van a ayudar, pero debemos investigar para qué son, y en fin, porque así nada más tomarlos porque me los recomendó fulana pues no, yo tengo que leer, investigar y ver si realmente es algo que yo pueda tomar. No nada más porque me dicen'.* (Tania, 2021)

En el caso de las mujeres de la tipología IV, para Sara, los suplementos alimenticios son las malteadas de *Ensure®*; para Elena, los *medicamentos* de la marca *Herbalife®* y *Omnilife®*. Sara y Elena refieren no consumir estos productos, por un lado, porque no han sido recomendados por el personal de salud.

*'Sí lo podemos consumir nos lo deberían decir los doctores que nos dan consulta, por ejemplo, ahorita que fui al Seguro, que fui a mi consulta, la doctora me hubiera dicho 'usted puede consumir este suplemento alimenticio, esto otro', pero no, no nos dice, a mí no me dice nada de eso la doctora'.* (Sara, 2021)

Y por otro lado, por desconfianza, la cual, es generada por diversas situaciones, como el haber observado la falta de eficacia que tuvieron otras personas al consumirlos, además de preferir otras formas de atención *naturales*.

*'He escuchado [de los suplementos alimenticios] pero no he optado por tomármelos, porque por ejemplo, yo fui a una plática de Omnilife® con el señor J. y no, yo no, no, dije ¿funcionarán?, yo los compré inclusive pero yo no los consumí porque no me parecen bien, o sea, el detalle es que, por ejemplo, la persona que me recomendó a mí eso, el señor Santiago murió y yo ese día que lo vi malo era cuando estaba de moda la influenza, le dije '¿sabes qué? vete a ver a un doctor porque yo te veo muy mal, ya tienes mucha temperatura y [...] necesitas ya...', 'no, no, aborita con esto' y se tomaba sus medicamentos de Omnilife®, se echaba un polvo, otro polvo, otro polvo y 'con esto me compongo', resulta que eso fue un sábado, el domingo en la tarde lo tuvieron que internar porque se puso muy malo y al otro día se le reventaron los pulmones, entonces, ¿qué quiere decir? pues que eso no funciona, [...] yo fui a una plática y pues les lavaban muy bonito su cerebro a toda la gente [...], o sea, yo los oía, afecta eso, yo prefiero mejor los tés, en cierta forma que es natural, pero esos productos no, no me convencen'. (Elena, 2021)*

Así también, Elena refiere que, de acuerdo con una experiencia personal, estos productos *no se deshacen*, lo cual también genera desconfianza.

*'Yo vi también que mi hermano tomaba Herbalife® y luego alguien le puso de los productos que tenían de Herbalife® unas bolsitas a mis plantas ¡y se secaron!, entonces dije 'si a una planta le hace eso, ¡qué no le hace a una persona!', arriba de la planta se hizo como una piedra y eran esos productos, o sea, ¿qué quiere decir?, pues que no se deshacen, no sé, yo no los consumía, los tiraba casi todos'. (Elena, 2021)*

También existe desconfianza hacia estos productos por sus fines comerciales y las repercusiones que genera a la salud de los consumidores.

*'Abí decía que era muy bueno para todo pero pues a mí eso no me convencía, inclusive, mi mamá también tenía diabetes y tenía insuficiencia renal y como sea, el señor Pablo la convenció a que tomara los productos y mi mamá me dice 'si no tienes dinero vende una milpa y cómprame los productos', y yo con tal de comprar (baja su tono de voz), pero ¡se pagaba muchísimo dinero! y es que él andaba vendiendo y convencía. Convencía a la gente de que consumieran los productos porque él ganaba mucho dinero, se iba mucho de viaje, [...] y entonces ganaba mucho dinero, por eso convencía a la gente, pero para mí nunca funcionó, y mi mamá luego pagaba hasta 10,000 pesos mensuales de productos y yo veía que al contrario, tenía insuficiencia renal y tomaba mucha agua y la inflaba más, la estaba inflamando muchísimo, pues, le dañó más el riñón y na' más consumió un mes y medio. Son dañinos, porque yo lo vi en mis plantas, dije 'me quemó una planta', entonces no duró, no'. (Elena, 2021)*

Por último, Ignacio ha visto y le han recomendado los suplementos alimenticios, sin embargo, él *no les tiene mucha confianza* y considera que es mejor *llevar una buena alimentación, una buena dieta*.

## 1.5 EDULCORANTES

Aunque las y los colaboradores de las tipologías I y V conocen los edulcorantes, no los suelen consumir por razones diversas, por ejemplo: por recomendación de su médico, nunca los han probado, porque se relacionan con un *estado más avanzado* de la diabetes o porque no les gustan.

[...] *yo le comenté eso del azúcar, del Splenda® [al médico], me dijo que no, que no me tomara nada de eso, que mejor azúcar natural, normal, que lo llevara todo normal, para que no me afectara, que porque eso te puede afectar con el tiempo*'. (Sandra, 2021)

[...] *me dijeron, recuerdo que fue un doctor, que son productos cancerígenos, algo así, no sé si estoy bien o estoy mal, pero, algo así recuerdo que me dijo de esos productos, por eso no los consumo*'. (Ricardo, 2021)

Por otro lado, para las colaboradoras de la tipología III, el azúcar es considerado un alimento que causa *daño*, por lo que, los edulcorantes son una forma de recuperar el sabor dulce de los alimentos, además, son un tipo de azúcar que *hace menos daño*, son *menos agresivos*, *menos dulces* y con una cantidad diferente de azúcar en comparación al azúcar normal. Los edulcorantes consumidos por las colaboradoras fueron la azúcar mascabada, el *Canderel®* y la *Stevia®*, procesada y en planta (aunque se prefiere la procesada al ser más *práctica*).

*No sé si sea verdad o es tabú, de que por ejemplo el azúcar mascabado hace menos daño que cualquier azúcar, por ejemplo, la refinada, la morena, todas esas. Aquí mi esposo toma de esa azúcar, de la mascabada, [...] es un poco menos agresiva que cualquiera otra azúcar, para que no suban los niveles de azúcar en la sangre*'. (Carolina, 2021)

*La Stevia® yo sí la uso, pero el azúcar normal para nada, y también sí creo que la Stevia® no tiene la cantidad de azúcar que tiene la azúcar normal. [...] cuando menos nosotros sentimos que está dulce, que no nos va a hacer daño, que no es azúcar, eso es lo que yo creo*'. (Tania, 2021)

El consumo de edulcorantes se dio por recomendación de otras personas que también padecen diabetes.

*'Tenía una amiga que tenía diabetes y luego ya le ponía [Canderel®] a su café, decía 'con esta no está tan dulce'.* (Andrea, 2021)

Por último, las colaboradoras de la tipología IV refieren conocer y haber consumido edulcorantes naturales y artificiales. El consumo surgió por recomendación del personal de salud y de familiares. De manera general, los edulcorantes no fueron de su agrado de las colaboradoras, excepto la azúcar mascabada, que Sara *de repente* consume.

*'Consumí un día el Canderel®, me supo dulce, entonces no; Stevia® consumí inclusive la natural porque allá un primo en Ixtapan de la Sal tiene planta, pero me sabe dulce'.* (Elena, 2021)

*'Mi señora un tiempo estuvo tomando el Stevia® y el Canderel®, pero pues como que no le gustan, dice'.* (Ignacio, 2021)

*'De repente le llegó a poner a mi café la [azúcar] mascabada, [...] una nutrióloga me dijo ya hace mucho tiempo que la mascabada es mejor que la azúcar normal, la azúcar morena, el Splenda® y el Stevia® [...], que la puedo consumir porque no endulza demasiado y que era mejor que los otros endulzantes'.* (Sara, 2021)

Por otro lado, el consumo de edulcorantes también se da dentro de la estancia hospitalaria.

*'Cuando me hospitalizaron para lo de mi pie los dos días que estuve internada en la noche me llevaban té sin azúcar y me ponían dos sobrecitos de Splenda®'.* (Sara, 2021)

## **1.6 ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS**

Respecto a los productos que suelen venderse en las tiendas o misceláneas (alimentos ultraprocesados), los hombres (tipología V) refirieron que: *son mucha tentación*, están *ricos* y *sabrosos*, *son muy llamativos* y en las tiendas suelen colocarlos *enfrente* de los consumidores para *antojarles*; ellos mencionan consumir este tipo de productos en *muy rara ocasión* o *de vez en cuando*. A diferencia de los hombres, las colaboradoras de la tipología I refirieron que estos productos no se les antojan porque tienen mucho azúcar o no les gustan, pues *nunca han sido de dulce*. De igual modo, las botanas saladas tampoco son de su agrado.

*'No como dulces, no soy fanática de ese tipo de cosas, o sea, ni se me antoja, con eso le digo [...] nunca fui así de dulces, dulce nunca, ni galletas, no, nada de eso comía [...]'.* (Sandra, 2021)

Aunque, llegan a consumir este tipo de alimentos cuando tienen visitas o por el antojo, el cual surge de ver a otras personas comerlos.

*[...] porque pues si antes después de la comida decíamos ‘¿y el postre?’ y te decía que era el chocolatito, que la paleta Tupsí®, que un Gansito®<sup>30</sup> y entonces, es que también es la tentación porque hay veces que ni siquiera tengo el antojo pero si veo que mi papá o mi mamá se están comiendo algo pues, ‘no, ya mejor sí’, pero a veces, uno ya está satisfecho con su comida pero, pues de ver se antoja, ¿no?, y eso es lo que anteriormente se hacía, ‘no, pues yo sí voy por un chocolate a la tienda’.* (Isabel, 2021)

Así mismo, existe una asociación entre lo dulce y el incremento de los niveles de glucosa.

*[...] no me sentía yo mal pero sí me preocupaba que me subió el azúcar, tanto mis papás como yo ya estamos tratando un poquito de evitar esos antojos, que como le digo no es que uno le haga falta algo en el estómago, nada más es porque ya vio el chocolatito, pero mientras no vea que ya mi mamá está comiéndose un chocolate, mientras no lo vea, no como’.* (Isabel, 2021)

Por otro lado, aunque las tiendas se encuentran dentro del espacio cotidiano de las colaboradoras, no es una razón para consumir estos productos.

*[...] aquí la chatarra no entra a la casa, casi no, y como estamos encerradas y no hay tiendas cerca, el Oxxo® está hasta pasando la autopista como, ¿cómo cuántos serán?, ¿unos 500 metros el Oxxo®?, y la tienda pos está acá a la vuelta, y por lo mismo que, pues no me gusta que salga mi niña, no la dejo ir a la tienda más que a lo necesario, pero con mi otra hija, pero así como que ‘ay, voy a ir a la tienda que por unas papas, que por un Gansito®, que por unas Mantecadas®, no’.* (Lorena, 2021)

De acuerdo con los colaboradores (tipología V), este tipo de productos *causan daño a los mexicanos*, específicamente *las bebidas embotelladas/azucaradas y los refrescos*, como la *Coca – Cola®*, pues, por su contenido de azúcar, el *consumo excesivo sube la glucosa e incrementa la posibilidad de padecer diabetes*. Un colaborador aprobó las medidas que ha implementado el Gobierno de México en cuanto al ‘etiquetado frontal de alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados’, aunque ello no sea suficiente para evitar su consumo.

---

<sup>30</sup> Tipo de pan industrializado relleno de crema y mermelada de fresa, cubierto con chocolate y chispas de chocolate.



[...] *está bien que ya trae que vienen saturados de grasas y de azúcares, la advertencia al consumidor, pues aun así no dejan de consumirse, y pues es un factor importante, detona también la diabetes*'. (Ricardo, 2021)

Las colaboradoras de la tipología III refieren no consumir con frecuencia alimentos industrializados, como botanas, pan, enlatados y empaquetados. Por un lado, aunque haya gusto por el pan, no es consumido por su contenido de harina; y, por otro lado, el consumo de alimentos empaquetados, enlatados y embutidos no es tan frecuente al considerarse *dañinos* para las personas que padecen diabetes.

[Los alimentos industrializados] *son alimentos que tienen mucha promoción en televisión, en todo eso y toda la gente vamos sobre de eso, pues hay muchas cosas que sí son buenas, por ejemplo, el jamón de pavo, pechuga de pavo, cositas de esas que creo que sí sirven, hay otras que realmente no funcionan, el queso de puerco, todo lo enlatado a mí realmente no me llama la atención, ya sean carnes, frutos de vez en cuando porque también tienen mucha azúcar, pero de embutidos y todo eso que vienen enlatados, empaquetados y eso, no me gusta. Creo que no nos hacen bien a los diabéticos porque tienen muchos conservadores, sales, cosas que nosotros debemos evitar*'. (Tania, 2021)

Así mismo, las colaboradoras de la tipología IV, refieren casi no consumir alimentos industrializados o procesados; por un lado, porque prefieren otro tipo de alimentos.

*Yo preferiría un bolillo con frijoles, en lugar de comerme unas Sabritas®, unos Chetos®, unos Pingüinos®, unos Gansitos®, preferiría un bolillo, en lugar de todo lo que le estoy mencionando*'. (Sara, 2021)

Por otro lado, también refieren no consumirlos por el daño que pueden causar debido a su contenido químico, como la sal y los conservadores.

*Las salchichas, yo no las como porque están muy saladas, [...] no me gustan porque tienen mucha química, entonces todo eso está haciendo daño, porque definitivamente la salmuera pues es sal, o sea, todo está hecho con mucha sal ¿para qué?, pues para conservarla, o sea, tienen conservadores, entonces no, no los consumo mucho. [...] yo siento que la química nos está afectando, [...] aborita pues ya prohíben la sal, hasta en los restaurantes está prohibido que pongan un salero en la mesa, ¿no?, ¿por qué?, porque sí está haciendo mucho daño... pero al contrario, creo que ya están haciendo más industrializado, aborita más, por lo de la escasez pues se optó por dar muchas latas y todo eso*'. (Elena, 2021)

[Respecto a los productos industrializados dulces] *también esos tienen química, por ejemplo, la Coca – Cola® que es la que todo mundo toma mucho porque dicen que les da energía, pues es la que hace más daño, por ejemplo, sirve para destapar los caños, para que quede bien limpio el baño, la taza destapada y sacar todo, deshacer los cabellos y todo lo que hay en el lavabo, entonces pues no sé, digo si hace eso ¿qué hará con nuestro organismo, no?. Yo, he sabido de varias personas que me dicen que por tomar mucha Coca se han enfermado de los riñones, no sé.* (Elena, 2021)

Ignacio también asocia estos alimentos con el desarrollo de enfermedades, además, resalta que esta situación se incrementó con el aumento en su disponibilidad.

*‘Esos alimentos son los que nos están dando en la torre a nosotros por consumirlos, antes no había tantos alimentos chatarra y no estábamos tan enfermos como ahora, de muchas enfermedades, como la diabetes, la hipertensión, la obesidad, todo eso.’* (Ignacio, 2021)

Por último, Ignacio da cuenta del impacto que los alimentos con *mucho chile* pueden causar, como el incremento de enfermedades del estómago que después puede equipararse con la diabetes. Así mismo, cuestiona la intervención de las autoridades en este problema.

*‘En las tiendas hay mucha chatarra con mucho chile, al rato ya no va a ser el problema la diabetes, al rato va a ser la gastritis y todo el estómago. Porque todos, los niños y los adultos comen chatarra que tiene mucho chile.’* (Ignacio, 2021)

*‘Las autoridades no sé si no se han dado cuenta o no sé, pero, ¿cómo de lo de la diabetes si hay mucha publicidad?, no se han dado cuenta el problema que le estoy comentando ahorita del chile, al rato va a estar igual que la diabetes.’* (Ignacio, 2021)

*‘Yo les he dicho también a mis niñas, a mis nietos, ‘no compren nada de chatarra que tenga chile’, porque al rato ya empiezan con la gastritis y todo eso, y al rato ya no van a poder ni comer, ni nada.’* (Ignacio, 2021)

### 1.6.1 EL CASO DEL REFRESCO

Para las y los colaboradores de la investigación, el consumo de refresco está asociado con el incremento de los niveles de *azúcar*, con repercusiones a la salud y la posibilidad de desarrollar diabetes.

[...] *el pendiente que a mí me da pues son los riñones y todo eso, también por eso no soy tan amante del refresco, porque digo, si ya tantos años tomando medicamento, le agarró el cariño al refresco, pues siento que me voy amolar más rápido los riñones*'. (Isabel, 2021)

[...] *a mí con la Coca me duelen mucho las rodillas, entonces yo digo '¿para qué la consumo?', ¿no?, yo no consumo eso, me duele mucho, le digo, 'no es de que totalmente no', se me antoja, pues sí me tomo un vasito, pero no todo el día ni cada rato [...]*'. (Lorena, 2021)

[...] *desgraciadamente, en mi caso, yo sí me alimentaba con carmitas, Coca, la barbacoa, entonces, y le digo, mi mamá es diabética, entons, pues posiblemente abí se incrementó la posibilidad de que yo fuera diabético, y pues sí, resulté diabético (risas)*'. (Ricardo, 2021)

Las colaboradoras de la tipología I llegan a consumir refresco *rara la vez* y en poca cantidad (*ni un vaso o con una [Coca – Cola®] de las más chiquititas de vidrio*); refirieron consumirlo solo en fiestas, como bodas o quince años, cuando llega una visita o por antojo. Ellas prefieren, para el consumo cotidiano, agua y, para las fiestas, cerveza y agua.

[...] *nosotros aquí en su casa comemos pero, no es necesario que haya refresco porque tomamos toda la semana agua, cuando viene una visita o algo pues sí compramos el refresco, pero, [...] no es como adicción*'. (Lorena, 2021)

Por otro lado, también expresaron que no sienten la necesidad por tomar diario refresco y que nunca tuvieron mucha preferencia por el sabor dulce. A diferencia de ellas, los hombres refirieron un consumo cotidiano y prolongado de este producto, así como de las emociones que surgen al intentar dejar de consumirlo.

*Hay veces que no tomaba agua, pura Coca, digamos me iba al trabajo, me llevaba mi Coca, antes de llegar al trabajo, allá en el trabajo pues vendían refresco, igual me compraba mi Coca para comer, saliendo del trabajo pa' venirme a la casa igual una coquita antes de llegar a la casa [...] era mucho lo que tomaba yo de así puro refresco, a ese grado era y llego mi gusto por el refresco*'. (Ricardo, 2021)

[...] *casi mi vida siempre ha sido de mucho refresco, no hay 2 - 3 días que aguante sin tomar una Coca [...] como que me estreso si no me tomo una Coca, después de 3 días me siento, no sé, así como ansioso, desesperado, no sé, cómo que me falta algo [...] y ya me tomo una Coca, no sé qué sea, como que ya me siento*

*mejor, ya se me quita la desesperación, la ansiedad [...] toda mi vida, yo creo que tengo como 40 años tomando refresco'. (Mario, 2021)*

*[Algo] que extrañe, algo que llevaba antes de la diabetes [...] a lo mejor dices el refresco, a lo mejor era que te tomaras en el día un refresco, pues dices un refresco de 600 o de medio litro en el día, y ahora ya no, ahora te tomas un vasito y ese refresco te alcanza no sé pa' 2 o 3 días, y pues sí, luego cuando, hay ocasiones que digamos que en toda la semana no consumo refresco, el día que me tomo un vasito aaaah dices te sabe bien sabroso y pues con ganas de tomarte otro tanto pero pues ya sabes que, no tampoco no debe uno excederse'. (Camilo, 2021)*

## **2. PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN ENFOCADAS A LA ATENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2**

### **2.1 PROCESO DE ALIMENTACIÓN**

En este apartado se presenta el proceso de alimentación de las y los colaboradores, el cual, hace referencia a las prácticas y decisiones en torno a la obtención (producción y compra), preparación y consumo de alimentos.

#### **2.1.1 PRODUCCIÓN DE ALIMENTOS**

La familia de Isabel, Lorena y Ricardo (tipologías I y V) tienen animales de traspatio: en la casa de Isabel, su papá cría gallinas, de las cuales también mencionan consumir los huevos; el esposo de Lorena tiene una granja de aves de corral (con patos, pollos, una guajolota y un guajolote) y en la familia de Ricardo, tienen gallinas en casa, de las cuales también obtienen huevos. Para Isabel, consumir la carne y los huevos de las gallinas que cría su papá le da confianza, incluso, ella y su familia prefieren consumir lo que ellos crían a lo que venden en el tianguis o en establecimientos.

*[...] mi papá se dedica a criar gallinas y ponen huevos, o sea, consumimos el huevo también, con confianza porque son, por decirlo, huevos orgánicos, porque, todo lo que a la verdura se le pela, las papas, las zanahorias, todo eso que sale de las verduras, todo es alimentación para las mismas gallinitas, y también para consumir pollo, de esas mismas que cría mi papá, hemos consumido para nosotros'. (Isabel, 2021)*

*[...] el pollo de granja que le llaman, el que venden en las pollerías no nos gusta, casi nada más que para hacer pechugas, es muy rara la vez que consumimos el pollo de pollerías'. (Isabel, 2021)*

### Imagen 8. Ganadería de traspatio: crianza de gallinas



Fuente: Isabel, trabajo de campo, 2021.

Isabel y Lorena refirieron tener en casa árboles frutales de: ciruela, membrillo, higo, durazno, chabacano y pera, así como una planta de mora; el papá de Isabel también siembra calabaza (aunque en algún tiempo llegó a tener *cenizo*<sup>31</sup>, cilantro, espinacas y quelites). La familia de Isabel, además de consumir las frutas de los árboles y la calabaza, también las ocupan para la elaboración de dulces típicos.

*[...] tenemos árboles de ciruelos, por lo que nos dedicamos tenemos árbol de membrillo, de higo, entonces pues los higos son fruta y cuando están maduros también se consumen, los ciruelos igual, y mi papá también siembra calabaza, para tener igual para consumo de nosotros y luego dejarlas crecer para hacerlas en dulce, también a eso también se dedica él'. (Isabel, 2021)*

---

<sup>31</sup> Especie de quelite.

### Imagen 9. Agricultura de traspatio: árboles frutales



Fuente: Isabel, trabajo de campo, 2021.

Dos colaboradores (tipología V) también refirieron tener árboles de frutas como el durazno, chabacano, ciruelas, manzana, capulín y limón, así como plantas de moras.

### Imagen 10. Agricultura de traspatio: planta de moras



Fuente: Camilo, trabajo de campo, 2021.

Camilo, además de tener *una pequeña huerta de frutales*, tiene milpa y *una pequeña hortaliza* de donde obtiene coliflor, brócoli, acelgas, espinacas, cilantro y perejil; él se encarga de su cultivo y también conoce diferentes *formas de hacer injertos*. Camilo indica que el 50% de su alimentación es producción de autoconsumo.

*Yo creo que de toda la alimentación que se consume en el año, estaría hablando que el 50% de lo que son verduras, la consumimos en el mercado de Ixtlabuaca o en el mercado acá en Joco, y el otro 50% pues es todo*

*lo que es maíz, todos lo que son granos acá es este en la milpa, tengo una pequeña hortaliza en la casa, y una pequeña huerta de frutales pues este 'hora sí, fruta casi no, no consumimos del mercado'. (Camilo, 2021)*

Sí bien en la casa de Sandra y Mario no hay espacio para tener animales o árboles frutales, ella llega a obtener algunas frutas/frutos y verduras del lugar donde trabaja, como: nueces, mandarinas, limones, naranjas, nopales y chayotes. Así mismo, ella y su familia a veces llegan a comprar un *pollo de casa*, lo tienen 1 o 2 semanas, lo ponen *más gordito* y ya se lo comen.

Las colaboradoras de la tipología III también obtienen algunos alimentos a través de la ganadería y agricultura de traspatio. Respecto a la ganadería de traspatio, en casa de Carolina, su esposo cría pollos y su hijo se dedica a la producción de carne, por lo que, también tienen borregos y becerros.

*'Pollo, mi esposo aquí los cría, o sea, de ahí tomamos el pollo, lo mata y nos lo comemos. [...] Mi hijo tiene aquí sus becerros y, por ejemplo, que el carnicero va a matar uno de aquí de la casa, no pus yo me voy a traer casi media res y ya la congelo y ahí la tengo'. (Carolina, 2021)*

Carolina, Andrea y Tania tienen árboles y plantas que les proveen alimentos destinados para el consumo familiar: árboles frutales de durazno, chabacano, limón y pera; así como plantas de nopales y romero.

Por último, respecto a las colaboradoras de la tipología IV, Sara refiere no contar con el espacio en su casa para destinar a la agricultura o ganadería de traspatio, sin embargo, su cuñado y su hermana crían gallinas, además, otra hermana (que igual reside en el municipio de Jocotitlán) tiene un rancho en donde tiene árboles frutales de durazno, nuez e higos y cuando es temporada les proporciona estos frutos. Por otro lado, Elena tiene árboles frutales de ciruela y pera, plantas de chile manzano, *peshtó*, ajenojo, ruda, hierbas de olor, orégano, mejorana, tomillo y sábila; en su casa tienen vacas, que refieren no consumir, pero que son ordeñadas para la producción de crema, queso y requesón.

## 2.1.2 COMPRA DE ALIMENTOS

Las colaboradoras de la tipología I refirieron comprar sus alimentos en diversos lugares: frutas, verduras, granos (arroz, chícharos, garbanzos y habas secas), pescado, carne de res y de puerco en el tianguis de Jocotitlán, el cual se instala los días miércoles; los abarrotes en comercios

locales de Jocotitlán; verduras y pollo en comercios locales de Mavoro; frutas en el mercado municipal de Jocotitlán; pescado en supermercados de Atlacomulco; así como conejo, pato, guajolote, pescado, mariscos, a través de familiares (con el hermano de Sandra y la tía de Mario). Por otro lado, se da el caso en la localidad de Zacualpan, que vendedores ambulantes pasan por las calles vendiendo algunas verduras.

*[...] yo compro sobre la marcha del día, por decirlo, cuando pasan por aquí por la calle que te venden a 10 pesos el kilo de jitomate, y yo tengo dinero, compro 3 o 4 kilos, como aborita que estaba el chile a 10 pesos, pues compré 3 kilos, la cebollas 2 por 15, pues compré 2 kilos, pero cuando hay oportunidad que pasan por aquí'. (Lorena, 2021)*

Los hombres (tipología V), realizan la compra de frutas y verduras principalmente en el tianguis de Ixtlahuaca, que se instala los días lunes y donde ellos señalan que es más barato, así como en el de Jocotitlán. Los abarrotes, carne, huevos, frutas y verduras suelen ser adquiridos en comercios locales de Ixtlahuaca y Jocotitlán. Otras formas de adquisición de alimentos menos comunes fueron: supermercados de Ixtlahuaca, donde se compran abarrotes; a través del Banco de Alimentos<sup>32</sup>, de donde la familia de Camilo obtuvo una despensa a precio reducido; y por último, a través de conocidos y vecinos, de quienes se obtuvieron verduras.

Isabel y su mamá compran en el tianguis de Jocotitlán porque está *fresco* y porque conocen el origen de los productos que compran, como la carne.

*[...] también hay aquí quienes crían a sus animales y sus puercos, o sea, es de confianza, son carnes que confiamos para comprar'. (Isabel, 2021)*

En la familia de Sandra, también compran carne donde conocen su origen.

*[...] los conejos, por ejemplo son de casa, bueno, que los crían en casa, sé donde los crían y ya, compramos, y pues son lo que comemos, consumimos, los patos igual, se los encargamos a su hermano de ella [de Sandra] y ya sabemos cómo están alimentados y eso, son los que compramos [...] ya conejo se lo compramos a una de mis tías'. (Mario, 2021)*

---

<sup>32</sup> Organización de la Sociedad Civil compuesta por una red de Bancos de Alimentos que, de acuerdo a lo referido en su página de internet, ‘rescatan alimento a lo largo de toda la cadena de valor para llevarlo a familias, comunidades e instituciones que lo necesitan’. (Bancos de Alimentos de México, 2022)



Por otro lado, Lorena prefiere no comprar en el tianguis porque considera que se gasta más dinero; ella prefiere comprar en un comercio local que le queda de camino en Mavoro.

*‘Yo no voy a los tianguis, no me gusta ir a los tianguis, porque a veces, gasta uno más dinero, uno se deja llevar con eso de que ‘2x15’’. (Lorena, 2021)*

*[...] ahí es donde yo paso y compro, cuando me queda de pasada y compro [...], es más caro, porque siempre le suben unos, de 2 hasta 5 pesos, ¿no?, pero no es caro’. (Lorena, 2021)*

Lorena y Sandra son las personas responsables de hacer la compra de alimentos en su casa; en casa de Isabel, las encargadas son ella y su madre, juntas acuden cada 8 días al tianguis para hacer la compra de los alimentos. En el caso de los colaboradores, las decisiones acerca de los alimentos que se van a comprar, así como la compra de estos, es realizada principalmente por las esposas/parejas de los colaboradores, a excepción de Jaime que vive solo.

Por otro lado, las mujeres de la tipología III, compran sus alimentos en diversos lugares: verduras, pollo y pescado en el tianguis de Jocotitlán; verduras, conejo, carne de cerdo y res a través de familiares y personas conocidas. Otros establecimientos en donde compran los alimentos son comercios locales y el mercado de Jocotitlán, así como, en supermercados de Jocotitlán y Atlacomulco. Los elementos que se toman en cuenta para la compra de alimentos son que sean de temporada, en el caso de las frutas, así como la inocuidad, en el caso de verduras, carne y huevos.

Así mismo, Carolina procura conocer el origen de los alimentos que compra. En cuanto a la carne y a los productos de origen animal, los obtiene con personas conocidas, lo que le permite conocer el tipo de alimentación que llevó el animal.

*‘Sí comemos conejo, tengo un cuñado que se dedica a criar conejos pero no con alimento, ni con nada de cosas raras (risas), digámoslo así, son conejos limpios, carne limpia. [...] La res, tratamos de buscar en donde sabemos que no le ponen anabólicos ni nada de eso para que los engorden. [...] El buevo, igual el buevo de gallina, no del comercial, tratamos de consumir buevo de rancho, como se dice o de casa. [...] El puerco es de carne limpia porque sabemos quien lo tenía, un vecino mató un puerco el sábado y me ofreció carne y pues le compré las manitas de puerco’. (Carolina, 2021)*

Carolina también conoce el origen de sus verduras y frijoles que consume, pues, en el caso de las primeras, las compra con personas conocidas que tienen invernaderos o que cultivan a través de la hidroponía, y en el segundo caso, con personas que saben el origen de este alimento.

*'Mi cuñado tiene un invernadero chiquito y cuando tiene verdura, nos da de su invernadero, lechuga, rábanos, jitomate, acelgas, espinacas, zanahoria; y si no él, otro primo de mi esposo, también su esposa tiene uno y ya me manda el cilantro, espinacas, col, jitomates, brócoli... y si en caso de que por ejemplo ellos no, porque por lógica, tienen que volver a re sembrar o ya se acabaron y hay que volver a sembrar, esperar a que salgan, pues yo trato de buscar más o menos en donde no estén regados con aguas sucias. Aquí todavía se encuentra eso, se encuentran todavía limpios, por ejemplo, los miércoles en la plaza o los domingos, anda un señor con su cajita vendiendo lechugas pero son hidropónicas, o sea, él las riega con agua limpia así a goteo'. (Carolina, 2021)*

*'La señora que me hace favor de ayudarme me encarga el frijol, lo traen de Santo Domingo, o sea, es frijol nuevo, no sé la verdad cómo lo cultiven, si le echen algo o no, no lo sé, pero trato también de consumir de ese frijol, no del que venden en supermercados o así'. (Carolina, 2021)*

Las personas que toman las decisiones respecto a la compra de alimentos son Carolina, Andrea, Tania e hijas. Respecto a la compra de alimentos, son ellas quienes realizan esta actividad, excepto en la familia de Andrea, pues es su esposo quien *hace el mandado*.

*'Mi esposo hace el mandado, [...] yo le digo que es lo que me puede traer'. (Andrea, 2021)*

En las casas de las colaboradoras de la tipología IV se dan diferentes dinámicas. En casa de Sara, debido a su cirugía, es su esposo quien se encarga de la mayor parte de actividades relacionadas con el proceso alimentario; en casa de Elena, es ella y Lucía, una mujer trabajadora del hogar, quienes se encargan principalmente de estas actividades.

Elena es la persona que decide lo que se va a comprar en su casa, aunque, las compras las realizan ella y su familia. En el caso de Sara, debido a su cirugía, es su esposo quien se encarga de realizar las compras, sin embargo, entre ella y él deciden que es lo que se va a comprar.

*'El que trae todos los alimentos y todo es mi señor, [...] él se da cuenta en el refri que es lo que falta o luego me dice '¿qué quieres de comer?', o '¿qué hacemos?', o yo le digo 'mejor tráete para hacer esto', o 'tráete para hacer lo otro', y así'. (Sara, 2021)*

Los lugares en donde Ignacio y Elena compran sus alimentos son diversos: las verduras, la fruta, la carne de pollo y pescado son adquiridos en el tianguis de Jocotitlán; los abarrotes, como el azúcar, en supermercados del municipio; frutas, verduras, granos, leguminosas, tortillas, lácteos, abarrotes, carne y pollo en comercios locales del municipio; de igual modo, también se adquirió carne a través de la venta a domicilio. Las razones por las cuales Ignacio y Elena compran sus alimentos en estos lugares son diversas; por un lado, de acuerdo con lo referido por Ignacio, porque *es el único lugar donde venden*, o debido a las condiciones sanitarias derivadas de la pandemia.

*Por lo regular compramos todo, o sea, toda la verdura y la fruta la compramos en la recaudería, aquí cerca hay una recaudería y ya no voy a la plaza por lo de la pandemia'. (Elena, 2021)*

La carne se compra en lugares donde hay certeza de que es carne fresca.

*'Compramos la carne en una carnicería donde vea que es carne fresca, que no es refrigerada, porque ya hay unas carnicerías que compran partes de la res nada más y ya vienen refrigeradas, entonces procuro comprar donde veamos que es carne fresca, que matan a los animales'. (Elena, 2021)*

Por último, como resultado de la pandemia y su cirugía, Sara recibió apoyo de una de sus vecinas que tiene una tienda, pues, ella le lleva los productos a la puerta de su casa.

*[...] la señora de la tienda me hace favor de traerme lo que necesito, me lo trae aquí a la puerta de su casa, lo que nos separa casi es una casa, y ya está en la esquina la tienda y ya, ya me trae mis cosas pero no, no salgo para nada'. (Sara, 2021)*

### 2.1.3 PREPARACIÓN DE ALIMENTOS

Las personas encargadas de la preparación de los alimentos en las familias de las colaboradoras de la tipología I son mujeres: la mamá de Isabel (ama de casa), Lorena (vendedora independiente) y Sandra (trabajadora del hogar). Ellas deciden lo que se va a comer (aunque en casa de Sandra, los fines de semana entre todos deciden lo que se va a comer), en ocasiones reciben *ayuda* de sus hijas: de Isabel, de Michelle (hija de Lorena), de Mara y Erika (hijas de Sandra); de igual modo, en algunas ocasiones también cocina el esposo de Lorena. Sí bien Isabel no suele preparar la comida para su familia en general, ella está en constante contacto con los alimentos y su preparación, pues elabora los dulces típicos que vende y a veces también recibe ayuda de su madre. La mamá de Isabel

aprendió a cocinar con su mamá y una vez que se casó, se fue a vivir a casa de sus suegros y ahí continuó aprendiendo con su suegra.

*'Ella [aprendió] a través de su mamá, pero casi más por su suegra, cuando llegó a vivir acá, a la casa de sus suegros, guisaba con mi abuelita, ella le empezó a enseñar así, bueno, su mamá le enseñó digamos un poco, pero, ya más más acá, cuando vivió ya como matrimonio, ya con su suegra'.* (Isabel, 2021)

Lorena aprendió a cocinar, aunque de manera implícita, a través de su mamá.

*'Yo [aprendí] viendo nada más a mi mamá, mi mamá nos decía 'pónganse listas porque yo no les voy a enseñar', entons, 'vean, fíjense cómo se hace'.* (Lorena, 2021)

Sandra aprendió a cocinar con su suegra, una vez que se *juntó* con Mario, y en la casa donde trabaja actualmente; sus hijas, Mara y Erika, aprenden a cocinar con ella. Por otro lado, aprender a cocinar se convierte en una *preocupación* después del matrimonio.

*'[...] aborita con su mamá [Mara y Erika aprenden a cocinar], ahí se pegan con ella [con Sandra] y ahí están de repente, que la sopa, eso ya le están haciendo, que el arroz, que eso, ya están ahí viendo cómo, más Mara [quien recién se casó] que ya tiene que preocuparse más (risas)'.* (Mario, 2021)

En el caso de los colaboradores (tipología V), son sus esposas/parejas, madres e hijas, quienes deciden principalmente lo que se va a comer en casa y quienes preparan los alimentos; ellas, en su mayoría son amas de casa y aprendieron a cocinar con sus madres, abuelas o suegras.

*'Las dos [su esposa y su madre] traen este, se puede decir 'escuela de las abuelas', ellas aprendieron de esa forma [...] digamos que mi esposa aprendió, digamos de su mamá y de su abuelita; mi mamá pos también prácticamente de su mamá, de su abuelita y pues, se puede decir que 'bora si todo viene desde atrás [...]'.* (Camilo, 2021)

Camilo y Jaime también preparan los alimentos. Camilo cocina en ocasiones, él aprendió a través de diversas formas, como el *internet*, por medio del *contacto con personal dedicado a la alimentación* y por la experiencia de vivir solo. Por otro lado, Jaime además de cocinar, también es quien toma las decisiones respecto a qué cocinar; fue su padre quien despertó en él la curiosidad por cocinar, aunque, al igual que Camilo, aprendió después de vivir un tiempo solo.

Respecto a las mujeres de la tipología III, Carolina y Andrea son las personas encargadas de la preparación de alimentos para ellas mismas y para sus familias; en el caso de Tania, es su hija y Julia, una señora que trabaja con ella. En la casa de las colaboradoras, son ellas quienes deciden lo que se va a comer. Respecto a la enseñanza de saberes alimentarios, los conocimientos acerca de la preparación de alimentos se transmiten de mujeres a mujeres: Carolina aprendió a cocinar con sus concuñas y cuñadas, Andrea aprendió con su abuelita y Tania le enseñó a su hija a cocinar.

*'Me enseñaron [a cocinar] mis concuñas, porque yo la verdad, pues yo trabajaba y cuando me casé yo (risas) pues 'hora si no sabía hacer nada, pero ya llegué con mi esposo, y mis concuñas, mis cuñadas, me enseñaron a preparar los alimentos'. (Carolina, 2021)*

*'Mi abuelita me enseñó [a cocinar], ella me enseñó a guisar el mole verde, el mole rojo, todo, todo lo que hago ella me enseñó, calabacitas, que esto, todo, así cositas en salsa'. (Andrea, 2021)*

En la descripción que hace Carolina de la preparación de sus alimentos, se identifica la congelación como método de conservación de alimentos, y el lavado con escobetilla, como medida de higiene de alimentos.

*'Hice patitas de puerco, pues estaban congeladas, las descongelé, las lavé muy bien con escobetilla y agua, las herví con sal, ajo; preparé el chile, y luego capié el huevo y ya metí las patitas y las cociné'. (Carolina, 2021)*

Por otro lado, la preparación de alimentos se convierte en un ejercicio a través del cual se refleja el poder.

*'Aquí, por ejemplo, mi esposo no le acepta un [guisado] si no es con chile, pero ash, luego saco recetas así y me quedan bien ricas, no por nada, pero 'no, sí está bueno pero no lo vuelvas a hacer' (risas), 'a mí hazme mi carne con chile''. (Carolina, 2021)*

Las actividades relacionadas con la preparación de alimentos de las mujeres de la tipología IV se de bajo diferentes dinámicas y circunstancias. Debido a su cirugía, Sara no puede hacer actividades que antes solía realizar, como cocinar; por lo que, es su esposo quien se encarga de la preparación de los alimentos; no obstante, Sara realiza otras actividades relacionadas con la cocina, como acomodar los alimentos en el refrigerador, lavar trastes, limpiar y ordenar.

*'Luego yo lavo los trastes, ando recogiendo, hago lo que puedo, no me puedo agachar pero trato de ayudarle en la cocina, por ejemplo, luego le digo 'déjame los trastes' y me los deja, yo pongo en orden la cocina, él se va a trabajar, llega a las 2, comemos, lavo los trastes'.* (Sara, 2021)

Ignacio es la persona encargada de la preparación de los alimentos en casa de Sara, él aprendió a cocinar a través de Sara: observándola y escuchándola.

*'Yo le voy diciendo, luego, cuando yo podía, él, estábamos ahí platicando, se fijaba como guiso, luego me decía '¿qué tanto le pones de esto?', '¿qué tanto le pones lo otro?'. O si le pongo, por ejemplo el Knorr Suiza® o no le pongo Knorr Suiza®, si le pongo sal de grano o no le pongo sal de grano, porque no usamos de la otra, usamos sal de grano, y así, él se va dando cuenta que, ya más o menos calcula lo que le tiene que echar a la comida'.* (Sara, 2021)

*'[Acerca de cómo aprendió a cocinar] a veces, viéndola a ella o preguntándole '¿cómo hago esto?', o '¿cómo hago esta otra comida?''.* (Ignacio, 2021)

Sara aprendió a cocinar a través de su mamá y observando a su suegra.

*'De mi mamá aprendí a hacer el arroz, aprendí hacer verduras, aprendí a guisar cuando hacía conejo, hacía carne de res, ahí con mi mamá. Con mi suegra aprendí a hacer las tortitas de papá, las tortitas de huazontle, tortitas de espinacas, la crema de chayote, crema de zanahoria, el brócoli, así aprendí con ellas a hacer varias cosas'.* (Sara, 2021)

En casa de Elena, la persona encargada de la preparación de los alimentos es Lucía, una *señora* de 52 años que lleva trabajando con Elena desde el 2006, aproximadamente. Lucía aprendió a cocinar con la mamá de Elena, cuando falleció continuó aprendiendo con Elena; aunque Elena no cocina, sabe preparar la comida, pues aprendió con su mamá.

*'Mi mamá le dijo [cómo cocinar a Lucía], y después yo ya, como yo veía como guisaba mi mamá, yo le decía como, por ejemplo, antes no sabía hacer conejo, entonces ya le dije 'no pues hiérvalo, dórelo, guíselo, guíselo así', o sea, yo sé decirle cómo hacer las cosas, pero yo no sé hacer. [...] inclusive, cuando trabajaba ya le hablaba por teléfono, 'doña Luci, haga esto de comer, póngale tanto de chile, tanto de tomate, hágalo así, poquito aceite', y ya'.* (Elena, 2021)

Generalmente, es Elena quien decide lo que se va a comer en su casa, aunque a veces le pregunta a su familia; en el caso de Sara, es ella e Ignacio quienes toman esta decisión. Por otro lado,

en la narrativa de Sara, sobresalen algunas prácticas de higiene: lavar, desinfectar y enjuagar los alimentos.

*Póngale tantita leche, **lava bien su manzana**, le quita lo de en medio, la licua, le pone sus almendras, sus nueces, una cucharadita de vainilla y no le ponga azúcar, y va a ver que está rico’.* (Sara, 2021)

*Es apio, piña, perejil y limón, **todo lo desinfecta** y le pone tantita agua, lo licua y ya se lo toma así y va a ver que está rico también’.* (Sara, 2021)

*Tómese su té de cedrón, [...] cuando esté hirviendo la leche, **enjuaga su ramita bien** y se la echa que hierva tantito, ya después la apaga y la deja reposar, pero se lo toma calentito y está bien rico con leche’.* (Sara, 2021)

Por último, debido a la diabetes y a las complicaciones, Sara y Elena han modificado algunas recetas habituales con la finalidad de que los alimentos queden menos dulces o contengan menos grasa, a través de: el uso de ingredientes sin sal y *light*, de evitar preparaciones con mucha grasa y alimentos altos en colesterol.

*Yo siento más dulce la gelatina para diabético que la gelatina normal, porque a la gelatina normal, le pongo un poco de agua más y le pongo una grenetina, y no sabe tan dulce como la otra, yo siento que la gelatina para diabético, todos los dulces y todo, pues no han de tener mucha azúcar, pero de que tienen azúcar si tienen, aunque sea menos pero tienen’.* (Sara, 2021)

*Hoy voy a hacer espagueti, a la pasta se le pone crema, mantequilla y hoy todavía tengo que comprar crema light, libre de sal y nada más, se hierva con ajo, cebolla y pimienta y se le pone perejil’.* (Elena, 2021)

*Yo los chiles rellenos nada más me los como asados, con queso y guisados en jitomate, ¿por qué?, porque el capeado tiene mucha grasa y el huevo pues tampoco lo consumo mucho, entonces nada más me como los, todo lo que es torta, por ejemplo, la coliflor na’ más con el queso y guisadas en jitomate, sin capear, los chiles rellenos, las tortas de espinacas’.* (Elena, 2021)

## 2.2 PRÁCTICAS ALIMENTARIAS ENFOCADAS A LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN

En este apartado se describen las prácticas alimentarias que las y los colaboradores llevaron para la atención a la diabetes. Estas, al integrar los diferentes modelos y sistemas de atención, dan cuenta de un pluralismo médico.

## 2.2.1 ATENCIÓN BIOMÉDICA Y/O INSTITUCIONAL

En general, las y los colaboradores de la tipología I y V recibieron atención biomédica de carácter público o en sus centros de trabajo. La atención fue proporcionada por médicos generales y especialistas, así como por nutriólogos. Las formas de atención que recibieron fueron recomendaciones que se centran en la modificación de hábitos alimenticios y en la práctica de actividad física, planes de alimentación, así como material educativo del IMSS ('Cartera de Alimentación Correcta y de Actividad Física') cuya finalidad es la orientación alimentaria. En resumen, la atención biomédica e institucional que la tipología I y V recibieron se resume en la siguiente tabla.

**Tabla 5. Atención biomédica e institucional (tipología I y V)**

| Lugar | Situación                                       | Recursos de atención  | Actor social que recomendó            | Finalidad  | Recomendaciones / Prácticas  | Seguimiento   | Eficacia percibida |
|-------|---|---|---------------------------------------|--|--|---|--------------------|
| IMSS  | Consulta médica                                 | Recomendación e información   | Médica o médico familiar de la U.M.F. | Atención a la diabetes   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendaciones: Disminuir: tortillas, pan, grasas, cacahuates, azúcares y el consumo general de alimentos.</li> <li>Evitar: galletas, azúcar, dulces, chocolate, refresco y café (o suplirlo por descafeinado).</li> <li>Incrementar: verduras y fruta.</li> <li>Generales: comer <i>lo normal a sus horas</i>, desayunar, hacer 5 comidas al día y hacer ejercicio.</li> <li>Solicitud de análisis clínicos para conocer los niveles de glucosa.</li> <li>Información: acerca de diabetes y nutrición.</li> </ul> | Sí  | Eficaz             |
|       |   | Análisis clínicos   |                                       | Atención a otras condiciones médicas que requieren la regularización de los niveles de glucosa (operación) |  |   |                    |
|       |   | Material educativo: 'Cartera de alimentación correcta y actividad física' | Médica o médico familiar de la U.M.F. | Atención a la diabetes   | El material educativo se detalla en la categoría de <i>Enseñanza de alimentación en Diabetes Mellitus 2</i> .  | Sí  | Eficaz             |
|       | Consulta médica de especialidad: Hematología    | Recomendación   | Hematólogo                            | Evitar niveles altos de glucosa en sangre  | • Escupir los dulces tradicionales que prepara (en el caso de Isabel).   | Sí  | Eficaz             |
|       | Consulta médica de especialidad: Endocrinología | Referencia a otra especialidad  | Endocrinólogo                         | Atención a la diabetes   | • Referencia a Nutrición.  | Sí  | Eficaz             |
|       | Consulta médica de especialidad: Nutrición      | Recomendación / información<br><br>Plan de alimentación o dieta           | Nutriólogo                            | Orientación acerca de la alimentación en diabetes  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Información: lista de alimentos sugeridos y no sugeridos.</li> <li>Recomendaciones: Evitar: leguminosas (o comerlas sin tortilla).</li> <li>Generales: no combinar arroz con tortilla.</li> <li>Plan de alimentación, el cual incluye las porciones de alimentos y recomendaciones para preparar y servir los alimentos.</li> </ul>   | No, por falta de costumbre o por falta de recursos económicos | Eficaz             |



|                            |                                 |                             |  |   |   |              |        |
|----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--|---|---|--------------|--------|
| Clinica del Seguro Popular | Consulta de medicina preventiva | Recomendación               | Médico   | Cuidado a la diabetes                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendaciones: Disminuir: consumo general de alimentos. General: comer la porción de carne de acuerdo a la palma de la mano.</li> </ul>  | Sí           | Eficaz |
| Espacio laboral            | Consulta nutricional            | Recomendación / información | Nutriólogo   | Orientación acerca de la alimentación en diabetes | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendaciones: Disminuir: tortilla y pan. Incrementar: verduras.</li> <li>• Orientación acerca de cómo combinar los alimentos y su contenido calórico.</li> </ul>  | Sí           | Eficaz |
|                            | Trabajo                         | Educación nutricional       | Redes sociales establecidas en el ámbito laboral: nutriólogas y estudiantes de Nutrición | Aprendizaje                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendaciones: Disminuir: tortillas, frutas, carnes rojas (específicamente borrego) y refresco. Incrementar: verduras, pollo, pescado y conejo. Generales: Hacer actividad física y hacer 5 comidas al día, <i>en menor proporción y con más frecuencia.</i></li> <li>• Prácticas: lectura de tesis y consumo de menús realizados por estudiantes de Nutrición.</li> </ul> | Parcialmente | Eficaz |

Fuente: Trabajo de campo, 2021

De la atención que recibieron estas tipologías, sobresalen algunos temas específicos, el primero de ellos, es la forma en como se les comunica el diagnóstico de la enfermedad o la información que reciben en consulta, pues estos, son factores que determinan ciertas prácticas. En el caso de Isabel, la forma en la que recibió información por parte de Endocrinología determinó después la búsqueda de otras prácticas de atención.

*[...] cuando a mí me la detectaron en endocrino nunca me dijeron tienes diabetes tipo 1 o tipo 2, nada más, pues, 'ya tienes diabetes'. [...] me decían 'no pues ya saliste con diabetes', y como que, 'no, no es nuestro problema', nada más me mandaron con el nutriólogo [...]'. (Isabel, 2021)*

*'Los de endocrino me dieron de alta, para ellos ya, detectaron la diabetes y mientras no me quitaran el medicamento pues, ellos ya no tenían nada que hacer'. (Isabel, 2021)*

Por otro lado, en el caso de Lorena, la forma en como recibió el diagnóstico de diabetes y el miedo, influyeron en las prácticas que empezó a realizar.

*'En el Seguro Popular, en la clínica, el doctor en ese tiempo, me dijo, yo me empecé a sentir cansada y así, pero no tomaba, hasta ese tiempo, ningún medicamento, cuando eso pasa, empecé yo a ir a consulta, y me dijo el doctor 'venga', y ya, me pincharon el dedo y me tomaron la azúcar y estaba como a ciento y algo, ¿no?, o sea, no, después de 115, exacto no recuerdo, pero, cuando ese doctor me dijo eso, me dijo 'mira, sí tú no te cuidas te vas a morir, pero sí tú te pones en mis manos y haces lo que yo te digo, tú puedes vivir muchos años', entonces, cuando él me dijo eso, yo creo que me quedé como en shock, no me espanté, pero dije '¿y ahora qué sigue?', yo*

*bien recuerdo que en ese tiempo, yo creo que como en un lapso de un mes, si no es por mucho decir, eh, bajé 11 kilos, [...] a raíz de ahí, me empecé a cuidar y realmente yo me cuidé bastante [...]*. (Lorena, 2021)

A pesar de que en esta parte de la entrevista Lorena refiere que *no se espantó*, en otra parte reconoce haberse espantado.

*[...] porque me espanté y bajé esos 11 kilos en un mes, pero después de ahí, como que me adapté y seguía comiendo, pero como que empecé a aumentar la comida, pero por lo pronto, yo, no subí de peso rápido, me quedé mucho tiempo en ese peso*. (Lorena, 2021)

Por otro lado, las mujeres de la tipología III recibieron atención biomédica de carácter público y privado. La atención fue proporcionada por médicos generales y especialistas, así como por una nutrióloga. Las formas de atención que recibieron fueron recomendaciones alimentarias, planes de alimentación y material educativo que contenía una lista de alimentos que podían comerse y cuales no. En resumen, la atención biomédica e institucional que la tipología III recibió se resume en la siguiente tabla.

**Tabla 6. Atención biomédica e institucional (tipología III)**

| Lugar                        | Situación                            | Recursos de atención                | Actor social que recomendó | Finalidad  | Recomendaciones / Prácticas  | Seguimiento                    | Eficacia percibida |
|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|--|--|--------------------------------|--------------------|
| U.M.F. del IMSS, Atlacomulco | Consulta de Medicina Familiar        | Recomendación                       | Médica o médico familiar   | Diagnóstico y atención a la diabetes                 | • Recomendaciones: <i>Ponerse a dieta.</i><br>Evitar: azúcar, <i>comida chatarra</i> y refresco.       | No                             | No                 |
| U.M.F. del IMSS, Jocoitlán   | Consulta de Medicina Familiar        | Recomendación                       | Médica o médico familiar   | Atención (mensual) a la diabetes                     | • Recomendaciones: comer y evitar determinados alimentos.<br>• Indicación: tomar el medicamento.       | Sí                             | Eficaz             |
| -                            | Consulta privada de especialidad     | Material educativo                  | Especialista               | Atención a algún malestar específico                 | • Material educativo: lista de que alimentos comer y cuales evitar.                                    | No                             | Eficaz             |
| -                            | Consulta privada de Medicina Interna | Material educativo<br>Recomendación | Internista                 | Atención a la diabetes o a algún malestar específico | • Material educativo:<br>• Lista de que alimentos comer y evitar.<br>• Recomendaciones de autocuidado. | Sí, en la medida de lo posible | Eficaz             |
| -                            | Consulta privada de Nutrición        | Plan de alimentación o dieta        | Nutrióloga                 | Reducción de peso                                    | • Prácticas: llevar a cabo la dieta.   | Sí                             | Eficaz             |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

Uno de los aspectos que sobresale respecto a esta atención, son las limitaciones para llevar a cabo las recomendaciones del personal de salud.

'Si me dio material [el internista], pero como todo, ahí me dan los alimentos específicos, pero a veces no se puede, no hay, no lo venden aquí o no se puede comprar, pus hay muchas cosas, pero sí lo más cercano a lo que el médico nos recomienda'. (Tania, 2021)

Así mismo, se reconoce la eficacia del tratamiento médico.

'Si no toma uno el medicamento que le receto el doctor, pues tampoco, no, no aguantaría uno, le subiría a uno mucho la glucosa'. (Tania, 2021)

Por último, las mujeres de la tipología IV recibieron atención biomédica de carácter público y privado. La atención fue proporcionada por médicos generales y especialistas, así como por nutriólogas y un diabetólogo. Las formas de atención que recibieron fueron recomendaciones alimentarias, planes de alimentación y material educativo que contenía una lista de alimentos que podían comerse y cuales no. En resumen, la atención biomédica e institucional que la tipología IV recibió se resume en la siguiente tabla.

**Tabla 7. Atención biomédica e institucional (tipología IV)**

| Lugar   | Situación                     | Recursos de atención                     | Actor social que recomendó | Finalidad   | Recomendaciones / Prácticas   | Seguimiento   | Eficacia percibida                              |
|---|-------------------------------|--|----------------------------|---|---|---|---|
| -   | Consulta médica               | Lista de alimentos                       | Personal de salud          | Diagnóstico y atención a la diabetes                      | Evitar: pastel, azúcar, chocolates, dulces, y atole   | Sí  | Eficaz  |
| -   | Consulta privada de Nutrición | Plan de alimentación o dieta             | Nutrióloga                 | Reducción de peso<br>Regulación de los niveles de glucosa | • Menús semanales:<br>El menú indicaba lo que tenían que comer diario en el desayuno, comida, cena y colaciones (que se hacían entre comidas). Este incluía 2 o 3 tortillas a la semana.<br>Los menús eran de toda la semana y cada mes se cambiaban.             | Sí, durante un año. Después inició la pandemia y Sara e Ignacio <i>ya no pudieron salir</i> . | Eficaz, Sara e Ignacio se sintieron mucho mejor |
| Farmacia Similares Ixtlahuaca, Estado de México | Consulta privada              | Recomendación                            | Diabetólogo                | Atención a la diabetes                                    | • Recomendaciones:<br>Disminuir: frutas muy dulces (mango, uvas y plátano), harinas, papas, arroz, frijoles y lentejas.<br>Generales: cuidarse.   | Sí  | Eficaz  |
| U.M.F. del IMSS en Jocotitlán                   | Consulta de Medicina Familiar | Indicación o recomendación / información | Médica o médico familiar   | Atención a la diabetes                                    | • Recomendaciones:<br>Disminuir: tortillas, carne, grasa y azúcar.<br>Evitar: pastas, pan (normal, dulce e industrializado), refresco, dulces, chocolates y sal.<br>Incrementar: verduras.<br>Generales: comer la cantidad indicada de fruta y tomar agua simple. | Sí  | Eficaz  |

|  |   |  |            |   |   |                    |                     |
|--|---|--|------------|---|---|--------------------|---------------------|
| Hospital del IMSS Toluca, Estado de México           | Consulta médica de especialidad: Nutrición        | Plan de alimentación o dieta                             | Nutrióloga | Atención a la diabetes  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendaciones: Evitar: combinar frutas por el exceso de azúcares, licuados y jugos de pura fruta (consumir solo el jugo verde).</li> <li>Generales: no añadir yogurt a la fruta, preferir la fruta en su forma original, en vez de jugo (pues, <i>aporta mucha glucosa</i> y en gajos contiene fibra) y recomendaciones cerca del consumo de sal y grasa.</li> </ul> | Sí                 | Eficaz              |
| Centro Médico Nacional 'La Raza', Ciudad de México   | Servicio de Nutrición en la atención hospitalaria | Recomendación / información Plan de alimentación o dieta | Nutrióloga | Cuidados post – operatorios   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendaciones: llevar a cabo el plan de alimentación hecho con base en sus análisis clínicos diarios</li> <li>• Material (otorgado a la alta hospitalaria): <i>hojas de dieta</i>, que incluía que alimentos comer, cuales no y la cantidad</li> </ul>   | Sí, hasta la fecha | Eficaz              |
| Sanatorios privados en Atlacomulco, Estado de México | Consulta privada de Nutrición                     | Plan de alimentación o dieta                             | Nutrióloga | Reducción de peso<br><i>Control de la alimentación</i> para la atención a la diabetes | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendaciones: llevar a cabo plan de alimentación basado en suplementos alimenticios y sustitutos de alimentos, como tortillas de nopal de la marca <i>Susalía®</i></li> </ul>   | Sí                 | Eficaz pero costoso |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

Las colaboradoras de la tipología IV recibieron información acerca de la diabetes, sus complicaciones y la alimentación por parte del personal de salud.

*Me dijeron 'la diabetes provoca problemas en riñón, en corazón, en páncreas, la nefropatía, en vista' [...], o sea, de antemano siempre nos dicen todo, 'tener los niveles altos de glucosa y tantos años, va deteriorando los otros órganos'. (Elena, 2021)*

*[Explicando las causas del pre – infarto y la cirugía] el colesterol, las arterias tapadas y por comer mariscos, barbacoa, carnitas, todo eso, carne, grasa. Sí, en sí me dijeron que yo tenía que cuidar mi alimentación y no comer nada de eso'. (Elena, 2021)*

Acerca del tema alimentario, Sara recibió información sobre el proceso de cómo los alimentos se convierten en azúcar y elevan los niveles de glucosa en sangre; por otro lado, en su narrativa, el *diabetólogo* sobresale como una figura decisiva en su comportamiento alimentario, pues, se convierte en la persona que decide qué alimentos debe comer Sara y cuáles debe evitar, lo que resalta el modelo paternalista de atención.

[El diabetólogo] *una vez dijo que pues toda la azúcar, las harinas, el pan de dulce, todo lo del pan Bimbo®, todas esas cosas nos hacen que, ya cuando entran al estómago todo eso se convierte en azúcar, entonces es el chiste de, todo lo que entre a nuestro estómago no nos perjudique subiéndonos el azúcar, entonces yo ya sé qué es lo que no debo de comer para que no se me suba el azúcar. Por ejemplo, la papa es harina, ya ve que también, es harina, los frijoles también, el arroz, las lentejas, todo eso ya ve que se produce y se convierte en azúcar, ¿sí? Entonces hay que procurar comer pero pues muy, yo quedé satisfecha con 1 o 2 cucharones de lentejas, unas dos cucharadas de las normales de guisar de arroz, lo podemos comer pero no en abundancia como dice 'lo puede probar para que no se quede uno con las ganas', eso es lo que también nos platica el doctor'. (Sara, 2021)*

*'Yo no puedo comer mango y es lo que más se me antoja, no puedo comer uvas, también se me antoja, dice que no me quede con las ganas, que me coma unas 3 o 4 uvas, me puedo comer un pedacito de mango y así, lo que sí nos dice que comamos, plátano tampoco podemos comer'. (Sara, 2021)*

*'En la mañana yo le estaba platicando le digo 'mire doctor, a mí quítame todo lo que usted quiera porque yo no como dulces, no le como chocolates, de vez en cuando me llegó a tomar un vasito de refresco, pero no soy chatarrera, no, nada nada nada, yo le dejo todo pero no me quité el bolillo, porque si yo soy bien bolillera, le digo, 'mire, si yo me como un bolillo tengo mi estómago satisfecho y un café, pero si no como, no me como el bolillo y no me tomo el café, este, siento mi estómago vacío como que quisiera estar comiendo, como que me pide algo, pero ya comiéndome un bolillo y mi taza de café, quedé satisfecha', me dijo que sí que estaba bien dice, le voy a quitar ya sabe cuál, todo lo que no debe de comer pero le voy a dejar su bolillo, le digo sí, nada más déjeme el bolillo'. (Sara, 2021)*

Sara y Elena presentaron dificultades para continuar con el plan de alimentación propuesto por su nutrióloga. Por un lado, Sara dejó de acudir a consulta de nutrición porque inició la pandemia, al dejar de ir a sus consultas, también dejó de llevar a cabo *la dieta*. En el caso de Elena, ella dejó de seguir el plan porque *salía muy caro*; por otro lado, en la atención que recibió Elena, sobresalen prácticas alimentarias que tienden a la medicalización de la alimentación.

*'Hace como un año nos recomendaron a una nutrióloga donde iba mi hijo, y nos daba nuestra dieta y todo, y sí, si bajamos de peso, estuvimos bien y todo, pero ya después ya no pudimos salir y ya no fuimos. [...] ya desde que ya no fuimos la verdad ya no hicimos [la dieta]'. (Sara, 2021)*

*'La de Atlacomulco salía muy cara porque teníamos que comprar muchos productos, o sea, se tenían que comprar unas pastillas que sí están muy caras, entonces, teníamos que comprar tortillas de nopal, estas Susalia®, creo, o sea, muchas cosas y las pastillas, estaba muy caro, entonces teníamos una meta de cuantos kilos bajar en una semana creo, algo así, o cada 15 días, pero era muy caro, pero si lo llevamos un tiempo.'* (Elena, 2021)

Elena refiere que sigue llevando a cabo las recomendaciones de alimentación que le hicieron después de su cirugía, la cual fue en el 2013.

*'Yo trato de seguir lo que me dieron en La Raza, o sea, cuando salí de la operación me dieron mis hojas de dieta y es lo que trato de llevar, de que comer y que no comer y cuanto tratar de comer. [...] estuve 3 meses internada en La Raza, entonces diario iba una nutrióloga, de acuerdo a los análisis que nos hacían diario, pues ya iba viendo las dietas.'* (Elena, 2021)

Elena, además de recibir recomendaciones respecto a alimentación, también fue orientada para realizar actividad física.

*'Me dijo el cardiólogo 'lo que debe de hacer es caminar 40 minutos diarios, [...] compaginado tanto la alimentación con el caminar, te ayuda mucho.'* (Elena, 2021)

### 2.2.1.1 CRÍTICA HACIA LA ATENCIÓN NUTRICIA

Algunas colaboradoras manifestaron críticas hacia la atención nutricional. Por un lado, Lorena ha tenido experiencia en la atención nutricia, pues, ella y su hija Daniela acudieron al servicio de Nutrición del IMSS, y de igual modo, conoce la experiencia que una de sus amigas ha tenido al recibir esta atención. A lo largo de la entrevistas, Lorena mencionó algunos puntos en desacuerdo que ella ha tenido al recibir este tipo de atención. El primer aspecto que Lorena resalta es la cuestión económica.

*'[...] tengo una amiga, ella me habla de que va al nutriólogo, y le da una receta ¿no?, tenses, le digo, '¿y cuánto pagas?', dice, 'pago 150, 250, 350', y yo veo lo que dice ahí 'un pan tostado con una taza de fruta', con esta parte (señala la palma de su mano), es la parte del trozo de carne que te vas a comer, yo digo que 'sí', pero no, porque luego dice 'en el lunch, un pan tostado con un huevo y queso cotagge, en la colación, una taza de fruta y un té; en tu comida, una pechuga asada, con lechuga, con pepino y una tortilla', bueno, pero*

*volvemos a lo mismo, quisiéramos dinero para comer, pero pues para una dieta así pues no hay, ¿no? [...]*.  
(Lorena, 2021)

*Realmente, la dieta que dan los nutriólogos esa le queda a las personas que están en un nivel de vida mejor que nosotros y que tienen la economía, [...] pero sí no tengo, tengo que comer lo que hay, ¿verdad?, porque hasta ahí dicen 'compra aceite Nutrioli', 'compra aceite de olivo', al fin y al cabo es aceite, lo mismo da cocinar con nutrioli, que con manteca ¿no?, pues es aceite, se va a freír, entonces [...] nos espantan diciendo 'es que, debes de comer verduras hervidas'*. (Lorena, 2021)

Así mismo, otro aspecto que sobresale es su desacuerdo con la restricción, imposición y prohibición, pues puede desencadenar ansiedad.

*[Los nutriólogos] pueden poner no sé, un agua de limón, con poquita azúcar, pero no es exceso de azúcar, es más viable, porque así a la mejor también ni se te antoja la soda, como le digo a mi papá "ira papá, nos dicen 'no puede comer', no, es que no se debería de decir 'no puedes comer', se puede decir 'no debes comer', 'sí puedes, pero no lo debes de comer' o 'puedes comer un pedazo, sí te comías un pan de dulce completo, pues cómete la mitad para que no te quedes con esa ansiedad', por qué, porque tu cuerpo necesita pues tu pan, ¿no?, cada cosa tiene su función, las leguminosas tienen su función, la carne tiene su función, los lácteos o la leche tienen su función'*. (Lorena, 2021)

*Mi amiga se compraba sus tostadas de caja, estas que no tienen grasa, son tostadas de tortilla y su quesito, pero mire, yo la veía cuando me invitaba, me decía 'no puedo comer más que una tostada y un pedacito de verdura y una gelatinita', ok, es lo único que podía comer [...]*. (Lorena, 2021)

De la tipología III, Tania es quien tiene experiencia en este tipo de atención, pues, acudió a la consulta privada con el propósito de la reducción de peso. Ella refiere que aunque estuvo muchos años acudiendo con una nutrióloga, lo dejó y ahora *está bien*. Por otro lado, dentro de su narrativa, la dimensión moral resalta en esta práctica, pues, el no seguir la dieta significaba *no portarse bien* y ser *mala*.

*Yo estuve muchos años con una nutrióloga, subía, bajaba, subía y bajaba, hasta que la deje y ya ni subo ni bajo, ya estoy bien. [...] no me portaba bien, me decía 'una tortilla' y yo me daba mi pilón, me comía dos. Me decía, por ejemplo, 'poquita papaya' y yo me servía otro poquito más, en fin, no era la nutrióloga la mala eh, la mala fui yo, no sé, si bajaba un kilo al mes o a los 15 días, al otro mes los volvía a subir y nada más estaba con un kilo pa' arriba y pa' abajo, lo dejé'*. (Tania, 2021)

Así mismo, Tania refiere algunas limitaciones que se presentan al llevar a cabo una dieta.

*'No podemos hacer una dieta así tal cual es, porque hay muchos factores que no se llenan, entonces le digo, hacemos la dieta de acuerdo a lo que podemos, a lo que tenemos, siempre acercándonos a lo que ya se sabe que debemos de comer'. (Tania, 2021)*

*'[...] la economía nos indica que es lo que vamos a comer, bueno, y otra cosa que no nos gusten determinadas cosas, entonces yo pienso que esos dos factores'. (Tania, 2021)*

## 2.2.2 ATENCIÓN ALTERNATIVA Y/O TRADICIONAL

Algunas mujeres de la tipología I recibieron atención de medicinas alternativas. La atención fue proporcionada por médicos generales y por una empresa que distribuye suplementos alimenticios. Las formas de atención que recibieron las colaboradoras fueron vacunas hechas con antígenos de orina, recomendaciones alimentarias y suplementos alimenticios. En resumen, la atención alternativa y/o tradicional que la tipología I recibió se resume en la siguiente tabla.

**Tabla 8. Recursos de atención alternativos y/o tradicionales (tipología I)**

| Lugar   | Situación | Recursos de atención  | Actor social que recomendó   | Finalidad   | Recomendaciones / Prácticas  | Seguimiento | Eficacia percibida |
|---|-----------|---|------------------------------|---|--|-------------|--------------------|
| Clínica de las Alergias. Acambay, Estado de México. | Consulta  | Antígenos de orina (orinoterapia)<br><br>Recomendación / información                                  | Médico general <sup>33</sup> | Fortalecer el sistema inmunológico<br><br><i>Control</i> de la diabetes<br><br>Vivir más años con una buena calidad de vida | <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendaciones: Evitar: plátano ni mango (preferir manzana, pues, <i>casi no contiene azúcar</i>; consumirla como colación 1 o media pieza).</li> <li>Generales: caminar 20 minutos (de acuerdo con el médico, lo ideal es 1 hora para que el cuerpo responda bien), revisar los niveles de glucosa en la mañana y 2 horas después de comer, registrar los resultados en una tabla y observar las reacciones de la insulina.</li> <li>Información: La alimentación y el ejercicio son importantes para que el cuerpo <i>pueda responder bien</i>.</li> </ul> | Sí          | Eficaz             |
| -   | -         | Consumo de suplementos alimenticios de <i>Ives México®</i><br><br>Conferencias de <i>Ives México®</i> | -                            | Tratar de no tener diabetes y bajar de peso   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Prácticas: Consumo de un producto que contiene borraja, uña de gato, moringa y otras <i>cosas naturales</i>. Escuchar las conferencias que imparte un nutriólogo<sup>34</sup>, las cuales son acerca de la metafísica y del cuerpo.</li> </ul>  | Sí          | Eficaz             |

<sup>33</sup> Sí bien la orinoterapia es considerada una práctica de medicina alternativa, se puede observar la síntesis que hay con el modelo biomédico, pues, la persona encargada de brindar esta atención es un médico general.



Fuente: Trabajo de campo, 2021.

Por otro lado, las colaboradoras de la tipología IV también recibieron atención de medicinas alternativas y/o tradicionales. La atención fue proporcionada por una *señora que cura*, una instructora de la organización ‘Gran Fraternidad Universal’, así como, por personal de la salud. Las formas de atención que recibieron las colaboradoras fueron recetas de jugos, clases de yoga, recomendaciones alimentarias, vacunas hechas con antígenos de orina, auriculoterapia y dietas. En resumen, la atención alternativa y/o tradicional que la tipología IV recibió se resume en la siguiente tabla.

**Tabla 9. Recursos de atención alternativos y/o tradicionales (tipología IV)**

| Lugar  | Situación  | Recursos de atención   | Actor social que recomendó     | Finalidad  | Recomendaciones / Prácticas  | Seguimiento              | Eficacia percibida |
|--|--|--|--------------------------------|--|--|--------------------------|--------------------|
| Rumbo a Jilotepec  | Consulta con una señora que cura. Ignacio acudió porque estaba <i>malo</i> del estómago. | Jugo de piña, apio, perejil y pepino.  | <i>Señora que cura</i>         | Limpiar los riñones y para las infecciones de los riñones      | • Práctica: consumo diario por las mañanas.  | Sí                       | Eficaz             |
| Jocotitlán, durante los años 70's u 80's                   | Clase de yoga impartida por la organización ‘Gran Fraternidad Universal’                 | Yoga<br>Recomendación  | Instructora de la organización | Mantener la salud  | • Recomendaciones: llevar una dieta vegetariana<br>Prácticas:<br>• Elaboración de comidas a base de vegetales y sin carne.<br>• Consumo de sustitutos de alimentos cárnicos, como <i>chicharrón de pasta</i> . | Sí, por un periodo corto | Eficaz             |
| Clínica de las <i>Vacunas</i> . Acambay, Estado de México. | Consulta   | Antígenos de orina<br>( <i>orinoterapia</i> )<br>Recomendación / información | Médico general                 | Recuperación post – operatoria<br>Control del nivel de glucosa | • Prácticas:<br>Uso de antígenos de orina<br>Aprobación de la dieta que lleva Elena  | Sí                       | Eficaz             |
| Jocotitlán   | Consulta privada   | Auriculoterapia<br>Dieta y lista de alimentos                                | Nutrióloga                     | Reducción de peso  | • Prácticas:<br>Uso de balines para la reducción de peso.<br>Llevar a cabo la dieta recomendada por la nutrióloga.   | Sí                       | Eficaz             |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

Así mismo, Elena describe la eficacia de la orinoterapia para aliviar su condición después de la cirugía de corazón y para el control de sus niveles de glucosa.

*‘Estaban poniendo vacunas y si me daba resultado porque después de que me operé no tenía fuerzas ni para caminar, no podía ni levantar mis pies, me tropezaba inclusive y llegué a caerme porque no tenía fuerzas,*

<sup>34</sup> De igual modo, se observa un proceso de síntesis, pues, es un nutriólogo quien promueve los productos de la marca *Ives México*®.

entonces me fui a Acambay y me dieron las vacunas [orinoterapia] y yo con eso me levanté, y yo pues, yo las he recomendado y también con eso me controlé un poco la azúcar'. (Elena, 2021)

### 2.2.3 AUTOATENCIÓN

Las prácticas de autoatención que realizaron las y los colaboradores fueron diversas, por lo que, se clasifican en: prácticas alimentarias, consumo de bebidas, consumo de plantas y semillas, y otras prácticas.

A continuación se presentan las prácticas alimentarias que las y los colaboradores de las tipologías I y V llevaron a cabo como forma de autoatención a la diabetes.

**Tabla 10. Prácticas de autoatención: prácticas alimentarias (tipología I y V)**

| Prácticas de atención                                   | Actor social que recomendó   | Finalidad  | Recomendaciones / Prácticas  | Seguimiento  | Eficacia percibida |
|---|--|--|--|--------------|--------------------|
| Registro de alimentos, medicamentos y síntomas (Isabel) | Decisión individual  | Identificar qué provoca el <i>azúcar</i> alta      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de glucosas capilares<sup>35</sup>, alimentación y medicamentos para identificar la causa de las <i>altas de azúcar</i>.</li> <li>Variar la alimentación para identificar qué alimentos elevan el nivel de glucosa.</li> <li>Registro de síntomas (por ejemplo, agotamiento).</li> </ul> | Sí           | Eficaz             |
| Disminuir el consumo de ciertos alimentos               | Decisión individual, de la familia y por recomendación de distintas personas <sup>36</sup> | Atención a la diabetes<br>Bajar el nivel de azúcar | <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendaciones: Disminuir: tortilla, pan, frutas, (específicamente pan dulce), carnitas (la frecuencia de consumo), grasas en general (aceite), azúcares, jugos, refresco y sal.</li> </ul>  | Parcialmente | Eficaz             |
| Suspender el consumo de determinados alimentos          | Decisión individual  | Atención a la diabetes                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Suspender: Azúcar, dulces y refresco.</li> </ul>  | Sí           | Eficaz             |
| Comer a sus horas                                       | Decisión individual  | Atención a la diabetes                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>No estar mucho tiempo en ayunas y desayunar.</li> </ul>   | Sí           | Eficaz             |
| Consumir ciertos alimentos                              | Decisión individual  | Disminuir los niveles de azúcar                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Comer ensalada de nopal.</li> </ul>   | Sí           | Eficaz             |
|   | Madre  | <i>Contrarrestar</i> la diabetes                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Desayunar piña.</li> </ul>  | Sí           | Eficaz             |
| Incrementar el consumo de verduras                      | Hijas  | Atención a la diabetes                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Comer más verduras.</li> </ul>  | Sí           | Eficaz             |
|   | Decisión individual  | Controlar la diabetes<br>Ayudar a que el           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Complementar los alimentos con verduras.<sup>37</sup></li> </ul>  | Sí           | Eficaz             |

<sup>35</sup> En esta práctica se observa un proceso de síntesis, pues, el médico de la clínica de las vacunas es quien le solicita el registro de su glucosa capilar, sin embargo, Isabel añade otros elementos para identificar qué eleva sus niveles de glucosa.

<sup>36</sup> Como vecinos, conocidos y familiares, sin embargo, también se recibieron recomendaciones de profesionales de la Nutrición, lo que da cuenta de un proceso de síntesis entre los modelos médicos, pues, el trasfondo de la recomendación es biomédica.

<sup>37</sup> Esta práctica se realizó por decisión individual, con base en información de la cartera de alimentación, lo que también da cuenta de un proceso de síntesis entre los modelos médicos.

|                               |  |  |  |    |  |
|-------------------------------|--|--|--|----|--|
|                               |  | cuerpo <i>no asimile los carbohidratos</i> |  |    |  |
| Matar el hambre <sup>38</sup> | Decisión individual  | Apegarse a las indicaciones de la dieta    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distraerse o hacer otra cosa para no sentir hambre.</li> <li>• Tener <i>fuertza de voluntad</i>.</li> </ul>   | Sí | Eficaz   |
| Cambios en la alimentación    | Decisión individual con base en la Cartera de Alimentación <sup>39</sup> | Cuidado por la diabetes                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prácticas:</li> <li>Disminuir: pan, carne de res y puerco, bebidas azucaradas (refrescos) y el consumo general de alimentos.</li> <li>Incrementar: pollo y pescado (al menos 1 vez a la semana)</li> <li>Generales: preferir carne magra en vez de cortes grasosos (en fiestas), cambiar desayunos <i>pesados o fuertes</i>.</li> </ul> | Sí | Eficaz (en la práctica, Jaime aún espera ver resultados a través de una prueba de glucosa) |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

Las bebidas que consumieron un colaborador (tipología I y V) como forma de autoatención a la diabetes se describen en la siguiente tabla.

**Tabla 11. Prácticas de autoatención: consumo de bebidas (tipología I y V)**

| Prácticas de atención | Actor social que recomendó | Finalidad   | Recomendaciones / Prácticas  | Seguimiento | Eficacia percibida |
|-----------------------|----------------------------|---|--|-------------|--------------------|
| Consumo de licuado    | Decisión individual        | Controlar la diabetes<br>Ayudar a que el cuerpo <i>no asimile los carbohidratos</i> | • Tomar licuado de avena <sup>40</sup> con agua, manzana verde y canela. | Sí          | Eficaz             |
| Consumo de pulque     | Decisión individual        | Sentirse con <i>mucha fuerza</i> y <i>muchas ganas</i>                              | • Tomar pulque   | Sí          | Eficaz             |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

Las plantas y semillas que se consumieron. A continuación se presentan las prácticas alimentarias que las y los colaboradores de las tipologías I y V llevaron a cabo como forma de autoatención a la diabetes.

**Tabla 12. Prácticas de autoatención: consumo de plantas y semillas (tipología I y V)**

| Prácticas de atención  | Actor social que recomendó | Finalidad              | Recomendaciones / Prácticas  | Seguimiento | Eficacia percibida              |
|--|----------------------------|------------------------|--|-------------|---------------------------------|
| Consumo de moringa   | Papá (Lorena)              | No tener <i>azúcar</i> | • Consumir moringa   | Sí          | Desconocida, pero hay confianza |
| Consumo de moringa, semilla de caoba y hierba del sapo <sup>41</sup> | Esposo (Lorena)            | Atención a la diabetes | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar una semilla de caoba y tres de moringa</li> <li>• Consumo del té de la hierba del sapo</li> </ul> | Sí          | Desconocida, pero hay confianza |

<sup>38</sup> Dejar de sentir hambre.

<sup>39</sup> También esta práctica refleja un proceso de síntesis entre el modelo biomédico y la autoatención.

<sup>40</sup> Esta práctica se realizó a partir de una decisión individual, sin embargo, se hizo con base en información de 'El Plato del Bien Comer' (pues ahí recomienda el consumo de avena), lo que también da cuenta de un proceso de síntesis entre los modelos médicos.

<sup>41</sup> En esta práctica también se observa un proceso de síntesis, pues, aunque el consumo de plantas medicinales es considerado una práctica de atención alternativa o tradicional, es el papá y el esposo de Lorena quienes recomiendan su consumo.

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

Otras prácticas de autoatención que realizaron las y los colaboradores de las tipologías I y V se resumen en la siguiente tabla.

**Tabla 13. Prácticas de autoatención: otras prácticas (tipología I y V)**

| Prácticas de atención  | Actor social que recomendó | Finalidad                                 | Recomendaciones / Prácticas   | Seguimiento | Eficacia percibida |
|--|----------------------------|---|---|-------------|--------------------|
| Búsqueda de videos acerca de la diabetes en <i>YouTube</i> <sup>42</sup> | Decisión individual        | Atención a la diabetes                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendaciones de los videos: Sugerencias para hacer un <i>buen</i> desayuno.</li> <li>Llevar a sus horas el tratamiento farmacológico y <i>darse un tiempo</i> para hacer ejercicio y para la alimentación.</li> <li>Disminuir el consumo de ciertos alimentos, como arroz y harinas.</li> </ul> | Sí          | Eficaz             |
| Conocimientos sobre alimentos y medicina alternativa                     | Videos en internet         | Aprendizaje acerca de métodos de injertos | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contenido de los videos: cantidad y tipo de azúcar de los injertos (frutas)</li> <li>• Consumir menos frutas o cierto tipo de frutas</li> </ul>  | Sí          | Eficaz             |
|  |                            | Curar la diabetes                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetas mágicas</li> </ul>   | No          | No eficaz          |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

Así mismo, a pesar de que Isabel sintiera desconfianza en los videos que encontró en *YouTube*<sup>®</sup>, o que Lorena dudara de la eficacia de los suplementos alimenticios que tomó, ambas decidieron llevar a cabo estas prácticas.

*‘En internet, o sea, pueden ser ciertas o no las cosas que uno ve’.* (Isabel, 2021)

*‘[...] me acabé como un frasco que me trajo mi esposo y me acabé las semillas de caoba también, me acabé las otras que mi papá me dio, yo me tomo todo lo que me dicen para que, pues si no es una cosa, es otra, tonses, yo me tomo todo lo que me dicen’.* (Lorena, 2021)

*‘[...]yo digo, sí me tomo esas yerbas, pues necesito no tomar medicamento, para ver si funciona, sí no, ¿cómo voy a saber?’.* (Lorena, 2021)

Disminuir el consumo y la cantidad de tortillas es una práctica de autoatención referida por las colaboradoras; Lorena las describe como un alimento que *le hace daño*, en la atención a la diabetes ha disminuido su consumo así como el del refresco.

*‘[Respecto a lo que le ayuda a controlar la diabetes] dejar un poco de comer lo que yo sé que me hace daño, no lo dejo totalmente y no digo, ya no lo como, [...] o sea, ahorita ya he dejado, anteriormente*

<sup>42</sup> En la búsqueda de información a través de videos de *YouTube*<sup>®</sup>, se puede observar la síntesis que hay con el modelo biomédico, pues la persona que realiza los videos es una médica familiar especialista en diabetes.

*comíamos, no sé, 6 - 8 tortillas, ¿no?, 'horita no, 'horita yo ya dije 'mi ración es de 2 tortillas, máximo 3, no más' y aunque me quede un poco de comida, pero sí ya me comí las 3 tortillas, me lo como con la cuchara pero no agarro más tortillas, [...] dejamos de tomar soda, mis hijas, no son adictas a la soda'. (Lorena, 2021)*

Por otro lado, las prácticas de autoatención llevadas a cabo por las colaboradoras de la tipología III se dan por la transmisión de saberes entre personas cercanas, como amistades y familiares, así también por decisión individual.

*[Acerca de la información que recibe de la alimentación en diabetes] y pus 'hora sí que en pláticas con los que tienen la diabetes'. (Andrea, 2021)*

*[La crema para café] son de las cosas que nos regañan, dicen 'ponle poquita, no le pongas mucho', 'sí, le pongo poquita, no toda la leche'. (Andrea, 2021)*

Las prácticas de autoatención que las colaboradoras de la tipología III llevaron a cabo para la atención a la diabetes fueron diversas, pues, hicieron modificaciones en su alimentación cotidiana, implementaron el consumo de jugos, licuados, té o refresco y realizaron otras prácticas relacionadas con la alimentación. En la siguiente tabla se resumen las prácticas alimentarias que realizaron como forma de autoatención.

**Tabla 14. Prácticas de autoatención: prácticas alimentarias (tipología III)**

| Prácticas de atención                        | Actor social que recomendó    | Finalidad  | Recomendaciones / Prácticas   | Seguimiento | Eficacia percibida |
|--|-------------------------------|--|---|-------------|--------------------|
| Realizar determinadas prácticas alimentarias | Decisión individual           | Atención a la diabetes<br><br>Disminuir los niveles de glucosa | <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendaciones:</li> <li>Suspender el consumo de azúcar, principalmente en bebidas</li> <li>Suplir determinados alimentos, ejemplo: comer ensalada en vez de carne</li> <li>Comer postre de vez en cuando, o no comerlo entero, o solo la mitad</li> <li>No tomar bebidas alcohólicas</li> <li>Consumir refresco solo en fiestas y cambiar refresco normal por <i>light</i></li> <li>Disminuir el consumo de <i>barinas</i>, tortillas y pan</li> <li>Comer menos, de todo pero muy poquito</li> <li>Bajarle totalmente a la alimentación en caso de tener alta la glucosa</li> </ul> | Sí          | Eficaz             |
| Evitar el consumo de fruta en la cena        | Prima, de profesión enfermera | Atención a la diabetes   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Recomendaciones:</li> <li>No comer fruta después de las 7:00 p.m., pues, <i>los azúcares ya no se digieren</i></li> </ul>  | Sí          | Eficaz             |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

En la recomendación que le realiza la prima a Carolina, respecto a la fruta, se observa un proceso de síntesis, pues, aunque su prima es su familiar, la recomendación se establece desde el conocimiento y la hegemonía biomédica.

*'Yo no como fruta [en la cena] porque pues yo meriendo como a las 8:30, entonces, tengo una prima que es enfermera y me dijo 'después de las 7:00 ya no puedes comer fruta', dice, pues yo creo que si ¿no?, pues ella sabe'. (Carolina, 2021)*

En la siguiente tabla se describen el tipo de bebidas que consumieron Carolina, Andrea y Tania como forma de autoatención.

**Tabla 15. Prácticas de autoatención: consumo de bebidas (tipología III)**

| Prácticas de atención                       | Actor social que recomendó | Finalidad   | Recomendaciones / Prácticas   | Seguimiento   | Eficacia percibida  |
|---|----------------------------|---|---|---|---|
| Consumo de licuado de nopal, limón y tomate | -                          | Disminuir los niveles de <i>azúcar</i><br>Sentirse bien<br>Evitar sentir la boca seca, hablar <i>pastoso</i> y la sed | Tomar un licuado de nopal con un limón y dos tomates  | Sí, solo cuando el azúcar está un poco alta                     | Eficaz  |
| Consumo de té de limón con ajo              | -                          | Ayudar a que no se complique la diabetes  | Tomar diario agua de limón con un pedacito de ajo   | Sí  | Eficaz, pues permite sentirse bien y evita el sabor amargo al despertar |
| Consumo de jugo verde                       | -                          | Atención a la diabetes  | Consumo diario de jugo de nopal con espinacas xoconostle, perejil, apio   | Sí, por 2 años; después lo dejo pero piensa retomar la práctica | Eficaz  |
| Té de canela con clavos                     | Amiga                      | Disminuir los niveles de glucosa  | <b>Preparación del té:</b> se hierven 2 o 3 rajitas <i>grandotas</i> de canela, 3 o 4 cucharadas de clavo en un litro y medio de agua<br><b>Forma de consumo:</b> diario; en la mañana, a medio día y en la tarde | Sí, por un tiempo   | Eficaz  |
| Consumo de Coca – Cola®                     | Decisión individual        | Ayudar a contrarrestar la <i>flojera</i>  | Tomar una Coca – Cola®, chiquita y bien fría  | Sí, cuando hay <i>flojera</i>                                   | Eficaz  |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

En la siguiente tabla se describen las plantas y semillas que consumieron Carolina, Andrea y Tania como forma de autoatención.

**Tabla 16. Prácticas de autoatención: consumo de plantas y semillas (tipología III)**

| Prácticas de atención       | Actor social que recomendó                           | Finalidad              | Recomendaciones / Prácticas   | Seguimiento   | Eficacia percibida |
|-----------------------------|--|------------------------|---|---|--------------------|
| Consumo de huereque         | Persona conocida (ya fallecida) que padecía diabetes | Atención a la diabetes | Andrea lo consumía cuando despertaba con un sabor amargo en la boca<br>Forma de consumo: Andrea colocaba una pizca de huereque en polvo <i>abajo de la lengua</i> . El sabor era amargo <i>fuertísimo</i> . | Sí, dejo de consumirlo al sentirse bien   | Eficaz             |
| Consumo de chía             | Tía (ya fallecida) que padecía diabetes              | Atención a la diabetes | Consumir chía.  | Sí, dejo de consumirla al sentirse bien y porque su <i>azúcar</i> no ha estado alta | Eficaz             |
| Consumo de semillas amargas | Tía (ya fallecida) que padecía diabetes              | Regular el azúcar      | Forma de consumo: Andrea retiraba lo de <i>adentro</i> y lo masticaba, ella refiere que las <i>semillitas</i> sabían <i>bien amargas</i>  | Sí  | Eficaz             |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

De acuerdo con Tania, a pesar de que una de las recetas que le compartió una de sus amigas le resultó eficaz, por experiencia propia, las *dietas* y *remedios* que le recomiendan personas cercanas le generan desconfianza.

*'Una amiga me decía que me hiciera un té de canela con clavos de comida, [...] a mí sí me gustó porque me bajó mucho la glucosa, pero eso lo hace uno una vez, me recomiendan muchas cosas, pero en realidad, pues, uno hace lo que puede y lo que quiere, los consejos sobre dietas y eso es muy difícil'.* (Tania, 2021)

*'He hecho todo, he hecho dietas, de sopas, de esto, del otro, que para la diabetes, no hay nada que te quite la diabetes, no hay nada así como que diga, 'ya se fue', no hay. [...] tengo como 20 años de diabética, he hecho todo lo que me han dicho pero nada te baja, nada absolutamente, así que digas ya voy a dejar el medicamento y voy a tomar tal hierbita, yo digo que no hay nada. Hay una señora que me decía que con el ajeno, ella que no tomaba ni metformina ni nada, nada, más que su té de ajeno en la mañana y que con eso estaba perfectamente bien, yo la verdad nunca lo hice, porque te digo me han dado muchas recetas pero la verdad pues no, no me llama la atención hacerlo, porque yo sé que por ejemplo el ajeno es para liberar un dolor de estómago o una cosa así, pero ya para tomarlo para la diabetes, definitivamente no'.* (Tania, 2021)

*'Hay infinidad, hay cientos de remedios de todo, [...] tengo una amiga o algo así, igual me ha recetado 'tómame un vaso de cerveza en ayunas y te baja toda la glucosa', yo esas cosas definitivamente no las creo, na' más las escucho y doy las gracias, pero no lo hago. No, yo soy muy especial para eso'.* (Tania, 2021)

En la siguiente tabla se describen otras prácticas relacionadas con la alimentación que llevaron a cabo Carolina y Tania como forma de autoatención.

**Tabla 17. Prácticas de autoatención: otras prácticas (tipología III)**

| Prácticas de atención      | Actor social que recomendó       | Finalidad   | Recomendaciones / Prácticas   | Seguimiento | Eficacia percibida |
|----------------------------|----------------------------------|---|---|-------------|--------------------|
| Revisar un libro de dietas | Carolina lo encontró en internet | Acceder a dietas<br>Recibir ayuda y consejos acerca de alimentación | Para acceder a la información había que pagar y Carolina decidió no comprarlo | No          | Eficaz             |
| Ejercicio                  | Decisión individual              | Compensar la ingesta de comida que <i>no se debe de comer</i>       | Hacer 45 minutos en la caminadora   | Sí          | Eficaz             |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

Respecto a las mujeres de la tipología IV, Elena evalúa la eficacia de las prácticas de autoatención midiendo sus niveles de glucosa, por lo que, reconoce que el té de sábila, con la cola de caballo y la hoja de tomate es eficaz, y que, por otro lado, la *semilla del zopilote* y la *uña de gato* no lo son, por lo que, *mejor toma su medicamento*.

*‘Me subió los niveles, el tener la infección, porque ayer me tomé el té, ayer en la mañana la tenía muy alta y me tomé el té y ahorita ya que me la chequeé ya la tengo más baja, bajó considerablemente y ahorita voy a seguir tomándome el té [...] para las infecciones, porque yo te digo, muy fácilmente, yo digo que es a raíz del azúcar también que muy fácilmente me da infección en vías urinarias’. (Elena, 2021)*

*‘Estaba tomando uno que compré en Acapulco que es ¿semilla del zopilote?, creo, pero vi que no me funcionaba y ya no, o sea, cada que iba a Acapulco, como, antes acostumbraba ir 2 veces por año, traía paquetitos de esa semilla, pero pues no le vi resultado, o compraba uña de gato, pero no le veo resultado entonces ya mejor, pues yo sigo con el medicamento, [...] si yo veo que no bajan mis niveles, o sea, si yo dejo de ponerme mi insulina, porque yo me pongo insulina y tomo esos medicamentos, de tés, pues yo no veo ningún resultado, entonces mejor me tomo mi medicamento’. (Elena, 2021)*

En la siguiente tabla se resumen las prácticas alimentarias que llevaron a cabo Sara y Elena para la atención a la diabetes.

**Tabla 18. Prácticas de autoatención: prácticas alimentarias (tipología IV)**

| Prácticas de atención                        | Actor social que recomendó  | Finalidad              | Recomendaciones / Prácticas   | Seguimiento | Eficacia percibida |
|--|---|------------------------|---|-------------|--------------------|
| Llevar a cabo ciertas prácticas alimentarias | Tías, una de ellas es patóloga y la otra ginecóloga <sup>43</sup> | Atención a la diabetes | Recomendaciones:<br>• No comer pan, frutas dulces, dulces, chocolates (preferir los chocolates <i>para diabético</i> )<br>• Tomar agua simple, de jamaica o de limón o de otro tipo pero sin azúcar<br>• Preparar agua de avena sin leche y sin azúcar, solo molida en la licuadora | Sí          | Eficaz             |
| Consumo de plátano                           | Decisión individual   | Evitar calambres       | • Consumir plátano, debido a su contenido de potasio  | Sí          | Eficaz             |
| Dejar de consumir ciertos alimentos          | Decisión individual   | Atención a la diabetes | • Dejar de consumir: <i>Coca – Cola®</i> , chocolates, pan, dulces y pastel   | Sí          | Eficaz             |
| Suspender el consumo de refresco             | Decisión individual   | Atención a la diabetes | • Dejar de consumir refresco  | Sí          | Eficaz             |
| Evitar alimentos dulces                      | Personas conocidas  | Atención a la diabetes | • Evitar consumir piña y toronja  | Sí          | Eficaz             |
| Consumo de aceite de oliva                   | -   | Evitar estreñimiento   | • Consumo en la noche junto con fibra   | Sí          | Eficaz             |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

En la siguiente tabla se resumen las bebidas que consumieron Sara y Elena para la atención a la diabetes.

**Tabla 19. Prácticas de autoatención: consumo de bebidas (tipología IV)**

| Prácticas de | Actor social que | Finalidad | Recomendaciones / Prácticas | Seguimiento | Eficacia |
|--------------|------------------|-----------|-----------------------------|-------------|----------|
|--------------|------------------|-----------|-----------------------------|-------------|----------|

<sup>43</sup> En esta práctica se observa un proceso de síntesis, pues, aunque son las tías quienes recomiendan realizar determinadas prácticas, la recomendación se establece desde el conocimiento y la hegemonía biomédica.



| atención  | recomendó   |   |   |    | percibida |
|---|---|---|---|----|-----------|
| Consumo de jugos  | Ignacio los elabora de acuerdo a recetas que encuentra en <i>YouTube®</i> | Limpiar la sangre   | Consumo de jugo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diario por las mañanas</li> <li>• Jugo de betabel, zanahoria, pepino, nopal y limón.</li> </ul> | Sí | Eficaz    |
| Consumo de té de sábila, hoja de tomate y cola de caballo | Cuñada  | Atención a la infección en vías urinarias y al dolor en <i>el bajo vientre</i><br>Disminución de los niveles de glucosa | • Consumo de té de sábila, con hoja de tomate y cola de caballo en caso de haber infección en las vías urinarias  | Sí | Eficaz    |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

En la siguiente tabla se resumen las plantas y semillas que Sara y Elena consumieron para la atención a la diabetes.

**Tabla 20. Prácticas de autoatención: consumo de plantas y semillas (tipología IV)**

| Prácticas de atención              | Actor social que recomendó | Finalidad              | Recomendaciones / Prácticas          | Seguimiento | Eficacia percibida |
|------------------------------------|----------------------------|------------------------|--------------------------------------|-------------|--------------------|
| Consumo de uña de gato             | Decisión individual        | Atención a la diabetes | • Consumo de uña de gato             | Sí          | No eficaz          |
| Consumo de la semilla del zopilote | Decisión individual        | Atención a la diabetes | • Consumo de la semilla del zopilote | Sí          | No eficaz          |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

### 3. ATENCIÓN EN LA U.M.F.

De acuerdo con la información brindada por Isabel, Lorena y Sandra (tipología I), la atención a la diabetes mellitus tipo 2 se recibe cada mes en la Unidad de Medicina Familiar; las colaboradoras hicieron referencia del tratamiento farmacológico que reciben en la U.M.F.: metformina, glibenclamida, acarbosa e insulina NPH. La U.M.F. no cuenta con servicio de Nutrición, pues esta es considerada una especialidad; sin embargo, el médico o médica familiar pueden referir a las/los pacientes al servicio de Nutrición, que se brinda en la ciudad de Toluca. Isabel fue referida a Nutrición por parte de Endocrinología, de igual modo, Daniela (la hija de Lorena) fue referida por parte de Medicina Familiar.

Así mismo, todos los colaboradores de la tipología V refirieron haber recibido recomendaciones respecto a educación alimentaria y nutricional por parte del personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar. Las recomendaciones fueron hechas por la médica/médico familiar, las cuales además de abordar el tema de la alimentación y la nutrición, también fueron respecto a la diabetes.

#### 3.1 RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS

Las colaboradoras de la tipología I, como pacientes, además de recibir recomendaciones respecto a su alimentación, han sido informadas acerca de la diabetes y también se les ha cuestionado acerca de sus niveles de glucosa.

*'Mi médico familiar me dijo que la [diabetes] tipo 1 es para niños y la tipo 2 es ya de adultos'. (Isabel, 2021)*

*'[...] cuando voy [me preguntan] ¿cómo está tu azúcar? [...]'. (Isabel, 2021)*

Las recomendaciones alimentarias se enfocan en evitar el consumo de ciertos alimentos.

*'[Respecto a las recomendaciones que le hicieron en la U.M.F.] que coma lo normal, nada más como le digo, a mis horas, no comer dulces, no comer mucho pan, no comer galletas, todo lo que le dije que no me gusta, pues no me lo como, igual, me lo prohíben comer y no me gusta'. (Sandra, 2021)*

De manera general, las recomendaciones que recibieron los colaboradores de la tipología V se enfocan en disminuir el consumo de cierto tipo de alimentos, como el pan, tortilla, refresco, azúcar, café y cacahuates; y de los grupos de alimentos de las grasas y azúcares. Así mismo, se explicaron los términos de nutrición *carbohidratos* y *proteínas* y se recomendó hacer mínimo 30 minutos de ejercicio diario. Otras recomendaciones que se hicieron en torno a la alimentación fueron cambiar hábitos alimenticios, comer más verduras y fruta, hacer 5 comidas al día, reducir porciones y tomar café descafeinado. Así mismo, a Jaime (2021) le informaron que la diabetes es una enfermedad controlable y que puede no afectar tanto su salud siempre y cuando se cuide.

Por otro lado, Carolina (tipología III) refiere las indicaciones que recibió cuando le hicieron el diagnóstico de diabetes, en su narrativa sobresale la falta de información y de atención nutricia.

*'A mí me la diagnosticaron en el seguro social<sup>44</sup>, y pues no más me dijeron 'pos tiene que ponerse a dieta', 'pues sí, pero dígame qué dieta', 'no, pos na' más deje de comer azúcar, comida chatarra, refresco', y eso fue para ellos su dieta, por decirlo así, pero a mí nunca me mandaron a un nutriólogo'. (Carolina, 2021)*

En general, las mujeres de la tipología III recibieron recomendaciones en torno a la alimentación en la diabetes por parte de su médica/médico familiar. Estas recomendaciones se basan en:

---

<sup>44</sup> En la U.M.F. de Atlacomulco, aproximadamente en 1999.

- El tipo de alimentos que se deben comer y los que no
- Acudir con una nutrióloga
- Comer en porciones pequeñas

Sin embargo, Tania refiere las limitaciones de llevarlas a cabo.

*'Le digo que yo ya me lo sé todo, a veces no lo realizo con exactitud, [...], en fin, nos dan todas las recomendaciones, pero ya llegando a casa se nos olvidan algunas cosas'. (Tania, 2021)*

Las mujeres de la tipología IV, también recibieron recomendaciones en cuanto a su alimentación. Sara recibió recomendaciones en su U.M.F. respecto a su alimentación, las cuales consistían en:

- Evitar el consumo de alimentos, como: pastas, pan (normal, dulce e industrializado), refresco, dulces y chocolates.
- Incrementar el consumo de verduras.
- Disminuir el consumo de tortillas y azúcar.
- Otras recomendaciones: comer la cantidad indicada de fruta, comer carne en poca cantidad y tomar agua simple.

*'En el Seguro también ya ve que nos quitan todo, [...] las pastas, el pan, comer menos tortillas, comer más fruta y verdura, agua simple, no tomar refresco, no comer dulces ni chocolates, no comer pan de dulce ni del Bimbo® ni de nada de esas marcas, [...] me dijeron que para que no se me subiera el azúcar no tengo que comer nada de eso y también debo de tomar agua, debo de comer más verduras, fruta nada más la que tengo indicada comer, comer carne de puerco, carne de pollo, pescado, todos esos alimentos los podemos comer pero en pocas cantidades'. (Sara, 2021)*

*'Vamos al seguro y los doctores le han dicho que 'no debe de tomar mucha azúcar', lo menos que pueda'. (Ignacio, 2021)*

En el caso de Elena, ella fue referida a Nutrición en la Ciudad de Toluca, en donde recibió una *hoja de alimentación*.

### **3.2 HERRAMIENTAS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA DE ALIMENTACIÓN EN DIABETES**

Respecto a los materiales educativos, talleres o cursos acerca de alimentación en diabetes proporcionados en la U.M.F., un colaborador refirió haber recibido la guía de alimentación y actividad física llamada 'Cartera de alimentación correcta y actividad física'. Este material educativo

es una herramienta del Instituto Mexicano del Seguro Social para orientar a las y los derechohabientes acerca de una alimentación saludable y actividad física.

Respecto al tema alimentario y nutricional, la cartera contiene el ‘Plato del Bien Comer’<sup>45</sup>, el cual es una guía que de manera gráfica representa un plato con los grupos de alimentos recomendados, así como los alimentos correspondientes a cada grupo.

Los grupos de alimentos y los alimentos representados en ‘El Plato del Bien Comer’ (Secretaría de Salud, 2006) son los siguientes:

**Verduras y frutas.** Verduras: chile, zanahoria, pepino, calabazas, lechuga, acelga, jitomate, flor de calabaza y nopal. Frutas: sandía, plátano, uva, papaya, durazno, naranja, manzana, fresa y guayaba. De acuerdo con la información de la Cartera de Alimentación, las verduras y frutas son la ‘principal fuente de vitaminas, minerales, antioxidantes y fibra dietética’.

**Cereales:** papa, arroz, pasta, cereal industrializado, pan blanco, tortillas, *alegría*<sup>46</sup>, galletas tipo maría y de animalitos, tamal, pan dulce (*concha*) y bolillo. De acuerdo con la información de la Cartera de Alimentación, los cereales son la ‘principal fuente de hidratos de carbono y energía’.

**Leguminosas y Alimentos de Origen Animal.** Leguminosas: frijol, lenteja, garbanzo, arveja y alubia. En esta sección también hay alimentos como el cacahuete y las pepitas (que corresponden al grupo de alimentos de *grasas con proteínas*<sup>47</sup>). Alimentos de origen animal: leche, carne de res, queso, pescado, huevo, pollo y pescado enlatado.<sup>48</sup> De acuerdo con la información de la Cartera de Alimentación, las leguminosas y los alimentos de origen animal son la ‘principal fuente de proteínas’.

---

<sup>45</sup> Este es tomado de la NOM-043-SSA2-2005. Fuente: Secretaría de Salud (2006). Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Consultado el 24 de mayo de 2022. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/043ssa205.pdf>.

<sup>46</sup> Dulce típico mexicano hecho a base de amaranto.

<sup>47</sup> Sí bien el grupo de las ‘Grasas’ no se detalla en el Plato, en el plan de alimentación se especifica el uso de aceite para cocinar los alimentos.

<sup>48</sup> ‘El Plato del Bien Comer’ sugiere que se combinen el grupo de alimentos de ‘Cereales’ con el de ‘Leguminosas y alimentos de Origen Animal’.

Por otro lado, de acuerdo con la clasificación de alimentos NOVA, ‘El Plato del Bien Comer’ contiene ‘alimentos no procesados o mínimamente procesados’, ‘alimentos procesados’ y ‘alimentos y bebidas ultraprocesados’.

Así mismo, la Cartera de Alimentación (IMSS, s. f.) incluye un plan de alimentación de 1,500 kilocalorías<sup>49</sup> y la distribución de raciones por grupos de alimentos. Este plan de alimentación sugiere que se realicen 5 comidas a lo largo del día: desayuno, comida y cena, así como un refrigerio matutino y uno vespertino. En las indicaciones de este plan se menciona que en caso de ser adolescente, hombre o persona con actividad intensa, se pueden agregar raciones extra de alimentos<sup>50</sup> debido a la necesidad mayor de kilocalorías.

La Cartera de Alimentación también proporciona recomendaciones en cuanto a alimentación, las cuales consisten en: realizar 5 comidas al día, incluir en la dieta todos los grupos de alimentos, preferir alimentos frescos y evitar los industrializados, preferir la carne proveniente de aves y pescado, disminuir la frecuencia de consumo de res y cerdo, preferir lácteos descremados, evitar azúcar y alimentos con alto contenido de grasa y sal, evitar la comida rápida, consumir agua simple y realizar actividad física (IMSS, s. f.). La transcripción literal de las ‘Recomendaciones para una alimentación correcta’ son las siguientes:

---

<sup>49</sup> En la cartera se usa el término *calorías*, no obstante, en la NOM – 043 la unidad de medida utilizada para medir la cantidad de energía son las *kilocalorías*, que equivalen a: 1 **kilocaloría = 1,000 calorías**

<sup>50</sup> Específicamente, una ración de alimento de origen animal en la comida, una ración de fruta en el refrigerio vespertino y una ración de cereal en la cena.

### **Recomendaciones para una alimentación correcta:**

- Realice tres comidas completas en horarios establecidos: incluya un refrigerio saludable a media mañana y a media tarde.
- Incluya al menos un alimentos de cada grupo del Plato del Bien Comer en cada una de las comidas principales. Cuide el tamaño de las raciones.
- Prefiera alimentos naturales, verduras y frutas de temporada, evite alimentos industrializados.
- Prefiera el consumo de carnes blancas como el pescado, atún, sardina, aves, pavo, pollo sin piel y, con menor frecuencia, las carnes rojas como res y cerdo. Prepárelas asadas, horneadas, cocidas o en salsa.
- Prefiera leche o yogor descremados o quesos bajos en grasa como panela, requesón o cottage.
- Evite el consumo de azúcar, miel, piloncillo, refrescos, jugos, néctares, mermelada, cajeta, pasteles, galletas, pan dulce, postres, dulces o crema chantilly.
- Evite el consumo de alimentos con alto contenido en grasa como crema, mayonesa, margarina, mantequilla, manteca, tocino, aderezos, frituras, empanizados y capeados.
- Evite agregar sal a los alimentos preparados, así como el consumo de alimentos, bebidas y condimentos salados como cecina, embutidos, agua mineral, bebidas hidratantes y energizantes, salsa inglesa y concentrado de consomé.
- Evite el consumo de comida rápida como hot dogs, papas fritas, hamburguesas, pizza, nachos con queso, gorditas, tortas gigantes y tamales.
- Beba de 6 a 8 vasos de agua simple potable al día y realice al menos 30 minutos diarios de actividad

Fuente: IMSS, s. f.

La Cartera de Alimentación también contiene un apartado en donde se hace referencia de los beneficios que la actividad física proporciona a la salud, pues, ‘contribuye a mantener, mejorar y recuperar el estado de salud’, favoreciendo la prevención y control de la diabetes, así como de otras enfermedades. La transcripción literal de la información del apartado ‘Programa de actividad física’ es la siguiente:

### **Programa de actividad física**

La actividad física es el movimiento corporal que tiene como resultado un gasto de energía y contribuye a mantener, mejorar y recuperar su estado de salud.

Beneficios de la actividad física:

- Ayuda a prevenir y controlar el sobrepeso, la obesidad y reducir la grasa abdominal.
- Ayuda a prevenir y controlar diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón y dislipidemia.
- Previene algunos tipos de cáncer como el de mama y colon.
- Fortalece los músculos y mejora la capacidad de hacer esfuerzo sin fatigarse.
- Fortalece los huesos, aumentando la densidad ósea, lo que evita las fracturas.
- Mejora el estado de ánimo y disminuye el estrés, ansiedad y depresión; aumenta la autoestima y proporciona bienestar psicológico.

Fuente: IMSS, s. f.

La Cartera de Alimentación también contiene recomendaciones para realizar actividad física, como la cantidad de minutos que se deben realizar de actividad física, de acuerdo sí es para una persona adulta, para la reducción de peso o para adolescentes; así mismo, se recomienda tomar agua simple y utilizar ropa y calzado adecuado (IMSS, s. f.). La transcripción literal de la información del apartado 'Recomendaciones para realizar actividad física' es la siguiente:

### **Recomendaciones para realizar actividad física**

- Para adultos, realizar al menos 150 minutos de actividad física a la semana, por ejemplo, 5 días de la semana, con una duración de 30 minutos cada día.
- Para la reducción de peso se recomienda realizar la actividad física por lo menos 60 minutos.
- Para adolescentes, realizar actividad física durante un mínimo de 60 minutos diarios.
- Procure que la actividad física sea amena y fácil de realizar, elija aquella que más le guste, como caminar, bailar, nadar o andar en bicicleta.
- La principal actividad física recomendada es caminar.
- Antes de iniciar el programa de actividad física, acuda con su médico para su valoración e indicación.
- Tome agua simple potable antes, durante y después de la práctica de la actividad física.
- Use ropa cómoda y calzado adecuado.
- Para saber el progreso y cumplimiento de su meta de actividad física, lleve un registro. Anote el tipo de ejercicio que realice (caminar, correr, nadar, entre otros), la duración en minutos y los días de la semana.

Fuente: IMSS, s. f.

## **3.3 ATENCIÓN NUTRICIA**

Aunque en la U.M.F. no hay servicio de Nutrición, esta atención se brinda en la consulta externa de especialidades, en la ciudad de Toluca; por lo que, las y los derechohabientes que requieren esta atención pueden ser referidos desde Medicina Familiar o desde otra especialidad. Las colaboradoras pertenecientes a la tipología I fueron quienes recibieron atención nutricia.

*[...] Endocrinología me mandó hacer estudios para la glucosa, y ya ellos fueron los que después me mandaron a Nutriología'. (Isabel, 2021)*

La información que se proporciona en la consulta de Nutrición se basa en: lo que se puede comer de acuerdo a las preferencias, una dieta y las porciones de alimentos; recomendaciones como: evitar las leguminosas o comerlas sin tortillas, y evitar comer arroz con tortillas. Por otro lado, Lorena refirió que a su hija Daniela, el nutriólogo le recetó unas cápsulas del sapo, para que *esté bien y no se le desatara rápido el azúcar*.

Isabel y Lorena refirieron dificultades para llevar a cabo del plan de alimentación recomendado por el nutriólogo, por un lado, por falta de costumbre y por el otro por falta de recursos económicos o de tiempo.

*[...] yo sinceramente dije 'yo no llevo esa dieta, yo sigo comiendo como vengo comiendo', o sea, en realidad sí tenía que haber regresado al nutriólogo pero ya no regresé, ya no volví a sacar cita, [...] al nutriólogo fue la primera y última vez que fui'. (Isabel, 2021)*

*[...] sí no hay para la economía, él [el nutriólogo] me decía 'vas a comerte un pan tostado con queso cotagge, o con una manzana o...' y ¿pues de dónde agarra uno a veces para eso? (Lorena, 2021)*

*[...] tiene que hacer uno 2 colaciones y 3 comidas, a veces quisiera uno tiempo hasta para ir al baño cuando uno anda trabajando, tenses ¿en qué momento va a ponerse uno cómodo y comer y sentarse?'. (Lorena, 2021)*



## CAPÍTULO IV: EXPERIENCIA DE ALIMENTACIÓN

### 1. EXPERIENCIA DE ALIMENTACIÓN ANTES DE LA DIABETES TIPO 2

#### 1.1 ALIMENTACIÓN DE LA INFANCIA

Los alimentos que predominan en la alimentación que solían llevar las colaboradoras de la tipología I en la infancia son: las verduras (brócoli, chayote, germen, quelites y verdolagas), alimentos de origen animal (hígado, pescado, carne de pollo, queso, ranas, ajolotes, acociles y charales), frijoles, sopa, tortillas, fruta (naranja) y alimentos preparados (*taquito, torta, tostada*). Por otro lado, en los recuerdos de la alimentación de la infancia se evoca la representación de la mamá o los papás como proveedores de la alimentación.

*[...] mi mamá nos hacía mucho sopas de verduras que llevaban, brócoli, chayote, todo eso, de hecho a mí no me gustaba ni el brócoli ni el chayote, mi mamá nos obligaba a comer y nos lo teníamos que comer, [...] así comíamos tanto verduras, también siempre compraba hígado, lo recuerdo mucho, el hígado, pescados, o sea sí, nos variaba mucho, nos daba mucho germen, nos hacía ensaladas de germen, con limón, y con una pechuguita así asada, consumíamos mucho el germen, y tortillas pues igual, hemos comido desde que me acuerdo, una variación, tanto de verduras como carnes de pescado, pollo y fruta también, siempre nos ha dado fruta’.* (Isabel, 2021)

*[Explicando la causa por la cual no desayunaba] era un descuido de mí, o sea, yo misma no trataba yo de, pues ‘hora sí cuando eres niño quién te dice, sí los papás dicen ‘come’, pues a lo mejor sí, pero en este caso, pues nunca me dijeron ‘come’ (risas) y me acostumbré a esa vida’.* (Sandra, 2021)

En la infancia, la rutina escolar es un determinante de las formas de alimentación; en este fragmento, Sandra recuerda los alimentos que solía comprar con el dinero que le daba su papá.

*[...] íbamos a la escuela, yo salía de la primaria, me iba a trabajar [...] sí comíamos, como a las 8, porque entrábamos a las 9, un taquito, dos, y nos íbamos, y pues comíamos, yo fui mucho así de como que una naranja, una torta, una tostada, porque sí nos daba dinero mi papá, y ya de ahí pues me salía yo y me iba a trabajar [...] llegaba del trabajo, y ya comía yo hasta como las 5:00 - 6:00 de la tarde’.* (Sandra, 2021)

En la narrativa de Sandra, se hace referencia del consumo de alimentos locales como los quelites, ranas, ajolotes, acociles y charales.

[Comía] *lo normal, frijoles, queso, sopa, poca carne, quelites*, [su hija Mara le hace un comentario] *me dicen que ranas, sí, tienen razón, comía ranas, ajolotes, todo ese tipo de comida, acociles, todo eso era nuestra comida, pescado, todo eso, y mucho queso*'. (Sandra, 2021)

*'Antes comíamos mucho, allá con mi mamá si era mucho de quelites, pescado, acociles, ranas, ajolotes, pescadito de ese chiquitito, charales, verdolagas, bueno todo, mucho verde [...]*'. (Sandra, 2021)

Por otro lado, de acuerdo con los colaboradores (tipología V), la alimentación que llevaron en la infancia se caracterizó por ser abundante en verduras; por el consumo cotidiano de tortillas, arroz, pan (como las teleras) y sopa; de frijoles y lentejas; por el consumo inusual de carne y alimentos de origen animal, como el pollo, los huevos de gallina y el queso; por el consumo habitual de otros alimentos como la sal, la manteca, los dulces y las salsas; bebidas como el café, agua y pulque; y de preparaciones con mucha grasa o carne con mucha grasa.

Así mismo, la alimentación recibida antes de la actividad escolar es descrita por dos de los colaboradores.

*'Nosotros cuando nos íbamos a la escuela nos hacían un nopal asado, una salsa y un poquito de queso y es lo que nos daban, o frijoles*'. (Mario, 2021)

*[...] un vasito de café, y si había pan, pues una telera, si no pues unas dos tortillas calentadas en el comal con sal y listo, y si te iba bien te tocaba un blanquillo<sup>51</sup> hecho en el comal*'. (Camilo, 2021)

El consumo de carne no fue una práctica usual en la narrativa de los colaboradores, se relacionó con una mayor capacidad adquisitiva y como un elemento determinante de las elecciones alimentarias ya en la vida adulta.

*[...] al principio sí comía mucha verdura cuando estábamos niños, era casi mucha verdura, ya después dice uno 'ya cuando trabaja uno se siente de dinero y ya quiere comer pura carne y ya no quiere regresar a las verduras', y ya con ella [su esposa] me enojaba a veces, nos molestábamos porque 'ay, qué voy a hacer verduras', 'ay, yo no quiero verduras', y ya 'hora sí decía 'ya comí mucho cuando estaba chavo', le digo, "hora ya no quiero", le digo, y ya, con trabajos me hicieron cambiar [...] porque dice uno 'ya trabaja uno, ya puede comprar sus cosas', antes porque era lo que nos daban y ya, teníamos que comer*'. (Mario, 2021)

---

<sup>51</sup> Huevo de gallina.

[comíamos] [...] *principalmente, pues digamos, lo que había en la casa, aunque pues no, mis papás no tenían mucho pues, dinero, pues lo que había, sopa, frijolitos, lentejas, a veces, pues sí había para, carne, pues comíamos carne, pollo...*' (Ricardo, 2021)

De igual modo, se hizo referencia del consumo de alimentos tradicionales y regionales como el pulque y los quelites.

*'Cuando era niño, es que en ese tiempo, cuando todavía digamos, estaban mis abuelos, era de que, te levantabas temprano y de ir a raspar<sup>52</sup> y llegar y te tenías que tomar no sé un vasito de pulque como si fuera la leche.'* (Camilo, 2021)

[...] [Refiriéndose a los alimentos que comía en su infancia] *todo lo que son relacionado a verduras de campo, todo, quelites, lo que son quintoniles, corazones, nabos, sandejes<sup>53</sup>, y otros tantos 'hora si de quelite que se encuentra en el campo.'* (Camilo, 2021)

Por otro lado, uno de los colaboradores que estudió en la Unidad Pedagógica Alejo Peralta, describe la alimentación que recibió en la institución, así como el aprendizaje adquirido.

[...] *a las 7:00 de la mañana, córrele a la escuela porque era todo el día, ya dices en la escuela pues este allá nos proporcionaban lo que era el desayuno, que era atole de amaranto, a lo mejor, ensalada de verdura, y ya en la comida te daban, este, no sé, ensalada de verdura, a lo mejor un poco de pescado, o a veces pollo, dependiendo se cambiaba el menú, pero así era en la escuela donde me tocó estudiar [...] no sé cómo se maneje ahora pero anteriormente le digo, nos daban desayuno, comida y a veces, hasta más dice, y como ahí pues tenían, se tenía hortaliza, pues ya te tenías que dedicar a producir ahí lo que ibas a consumir posteriormente.'* (Camilo, 2021)

A diferencia de la mayoría de los hombres, uno de los colaboradores refirió un tipo de alimentación diferente, la cual relaciona con el desarrollo de diabetes de sus abuelos.

[...] *mis abuelos eran diabéticos, y pues obviamente la alimentación tuvo mucho que ver en eso [...] te decía que comíamos, y comíamos bien, comíamos muy rico siempre, o sea, en las comidas familiares o en las comidas*

---

<sup>52</sup> Obtener aguamiel del maguey.

<sup>53</sup> Los *quintoniles, corazones, nabos y sandejes* son especies locales de quelites. De acuerdo con Bourges, et al. (2013), los quelites son hierbas comestibles, generalmente silvestres, que comprenden las hojas tiernas de plantas herbáceas, arbustos y árboles, los tallos tiernos, las flores y las inflorescencias; en México existen aproximadamente 500 especies. Fuente: Bourges, H., Morales de León, J. y Vázquez, N. (2013, Enero – Febrero). El valor nutritivo de los quelites: ¿Un alimento de segunda? *Cuadernos de nutrición*, 36 (1), 17-30.

*habituales, por ejemplo, comíamos muy poco ensaladas, comíamos mucha carne, comíamos alimentos muy condimentados, comíamos proporciones siempre grandes ¿no?'. (Jaime, 2021)*

Igualmente, se hace referencia del uso de ingredientes que ya no son tan comunes.

*Mario: [...] mi mamá hacía pescado capeado más gordo, pero era pura grasa [...]*

*Sandra: y con manteca, guisaba mucho con manteca. (Mario y Sandra, 2021)*

Por otro lado, algunas prácticas de alimentación se establecen en la infancia, como la que refiere Sara (tipología IV), tomar té de cedrón es una práctica que realizaba desde que era niña y que fue establecida por su mamá.

*[El té de cedrón] me lo daba a mi mamá desde que estaba chiquita, ella nos lo preparaba con leche, ya cuando estaba hirviendo le echaba a la leche una ramita de cedrón limpia, y bien rica que sabe'. (Sara, 2021)*

Elena describe la alimentación que llevó durante la infancia, la cual, de acuerdo con sus palabras, se caracterizó por el consumo de alimentos con *un alto contenido de colesterol* y dulces, por lo que, la relaciona con el desarrollo de la diabetes y la aterosclerosis.

*[...]yo cuando era más chica, o sea, en la casa, mi papá cada 8 días, como él trabajaba en México, traía o camarones, o abulón o este ¿cómo se llama esto?, ostiones o cosas por el estilo y entonces, este, y cada 8 días y comía barbacoa, consomé, entonces, esos alimentos, por ejemplo, son un alto contenido de colesterol y eso fue lo que fue provocando que mis arterias se fueran tapando'. (Elena, 2021)*

*'Mi alimentación cuando era niña, hacía te digo casi por lo regular, carne diario, bueno a veces hacía tortas mi mamá, y los domingos era seguro que era barbacoa en la mañana, consomé y en la tarde pues carne o mariscos que traía mi papá de México, ya eso fue hasta como por los 15 años [...]'. (Elena, 2021)*

*[...] mi mamá hacía dulces y comíamos muchos dulces, eso es otra cosa y luego descendiendo de familia diabética, pues todo se compaginó, tanto la alimentación, o sea, los dulces y la herencia pues sí fue lo que fue, eh, desatando eso [...]'. (Elena, 2021)*

## **1.2 ALIMENTACIÓN COTIDIANA**

La alimentación que llevaron las colaboradoras de tipología I antes de la diabetes es diversa y en ella influyen diversos factores. Por un lado, en el caso de Isabel, al ser el consumo de *Danazol* la causa de la diabetes, ella refiere que su alimentación actual es muy similar a la que solía tener antes de

la diabetes. Por otro lado, en el caso de Lorena, ella ha vivido constantes cambios a través de los años, su vida antes de la diabetes está fuertemente influida por los años que vivió en EE. UU., no solo en su alimentación, también en otros aspectos.

[Respecto a su vida en EE. UU.] *nos íbamos a la playa cada 15 días, cerveza, refresco, carne para asar, o sea, es lo mejor; para mí, en lo personal, fue lo mejor*'. (Lorena, 2021)

Sandra refiere que nunca tuvo mucha preferencia por lo dulce, ni por el refresco ni las galletas; sin embargo, pasaba periodos de entre 8 y 10 horas en ayunas.

*Nunca fui así de dulces, no, qué cree que no, dulce nunca, ni galletas, no, nada de eso comía, a ver, por eso digo, mejor hubiera comido unas galletas, no estar tanto en ayuna [...] a mí ni hambre me daba, o sea, como que mi cuerpo no me pedía y no me daba hambre*'. (Sandra, 2021)

Otro elemento que determinó la alimentación que llevaba Sandra antes de la diabetes fueron los cambios que realizó después de su matrimonio.

*‘Antes comíamos mucho, allá con mi mamá si era mucho de quelites [...] mucho verde, pero llegué aquí con mi esposo, sí me cambió totalmente la alimentación, como dice él, a él no le gustaba nada de verdura, y pues tenía que comer ‘hora sí lo que él comía, hay a veces que sí carne, capeados, pero después, a mí como que me fue fastidiando [...]’*. (Sandra, 2021)

En el caso de los colaboradores de la tipología V, la alimentación cotidiana que refirieron llevar antes de la diabetes es diversa y es definida por las circunstancias de vida al recibir el diagnóstico de la enfermedad<sup>54</sup>, su trayectoria de vida y la aceptación de la enfermedad. Dos de los colaboradores (Camilo y Jaime) recibieron el diagnóstico de diabetes en el año 2020, durante la emergencia sanitaria causada por COVID 19; ellos solían trabajar en la Ciudad de México y debido a las medidas de confinamiento establecidas para evitar los contagios, regresaron a Jocotitlán para trabajar desde casa y su vida cotidiana cambió. La alimentación que llevaban antes de la diabetes está determinada por su rutina laboral, por lo que, la descripción de la *Alimentación cotidiana antes de la diabetes* de estos colaboradores se presenta en *Alimentación en el trabajo*. En este apartado se habla de la alimentación de Ricardo y Mario.

---

<sup>54</sup> O el momento que la/el médica/médico les indico que su glucosa estaba *alta*.

Como ya se mencionó en la presentación de Ricardo, él vivió en diversos lugares, lo que siempre fue de la mano con cambios importantes en su vida. La característica principal de la alimentación que Ricardo mencionó llevar antes de padecer diabetes fue el consumo de alimentos comprados en el súper, restaurantes y *en puestos callejeros*<sup>55</sup>.

[...] *yo sí me alimentaba con carnitas, Coca, la barbacoa [...]*. (Ricardo, 2021)

De igual modo, se presenta el caso de Mario, en el cual no existen muchas diferencias entre la alimentación de ‘antes’ de la diabetes y la actual.

[...] *nosotros seguimos comiendo, normal, que si se nos antoja carne, carne comemos, que sí se nos antoja esto, comemos esto, pero, una dieta que llevemos, no, que nos haigan dicho, no, seguimos normal, bueno, cada día comemos un poco más de verduras, porque antes no, no, era muy poca verdura y ahora ya me hacen comer a fuerzas (risas)*. (Mario, 2021)

Antes de la diabetes, las mujeres de la tipología III refirieron comer: *bastante, de todo, a manos llenas, sin medidas y sin lineamiento*; alimentos como: tortillas, pastel, pan, dulces y refresco, específicamente *Coca – Cola®*. Esto es relacionado con *no cuidarse* y como causa de que a uno *le vaya mal*.

*‘Antes de la diabetes comía de todo, a manos llenas, de acuerdo a lo que tenía, pan, tortillas, dulces, todo lo que se presentaba, lo que había en la casa, sin medidas, sin nada, refresco, en fin, de todo, sin ningún lineamiento de que esto no, que esto sí, comía de todo y ahí fue donde pus, le va a uno mal. [...] sí quería un plato de frijoles o dos de frijoles, me los comía’*. (Tania, 2021)

*‘Comía de todo, pastel, Coca, todo, todo, no me cuidaba. [...] sí comía de todo, carne, ‘hora sí que todo, todo lo que me daban, lo que hacía mi abuelita, todo me lo comía, espinacas, arroz, todo, todo’*. (Andrea, 2021)

Para las mujeres de la tipología IV, la diabetes y las complicaciones del corazón marcan un antes y un después en la alimentación.

*‘Antes de que me dijeran que tenía diabetes comía de todo, sí y estaba más llenita, no evitaba nada, comía de todo, comía pastel cuando íbamos a las reuniones, comía gelatina, café, chocolate, lo que me dieran me lo comía, me lo tomaba, pero ahora ya no puedo’*. (Sara, 2021)

---

<sup>55</sup> Esta información se detalla en la categoría emergente *alimentación en contexto de migración*.

*'Yo era muy afecta a comer carne diario, mi mamá me decía '¿qué te hago?, habas, esto', 'ah, pero con carne', entonces calabazas, pero con carne, yo comía mucha carne, pues todo eso me fue afectando para el colesterol. [...] Comíamos verduras pero con carne, sopa de pasta, caldo de habas, frijoles, sopes, enchiladas, chilaquiles, todo eso era lo que comíamos, [...] y comíamos pancita y a veces sangre de borrego, carne de res, pollo, huevo, o sea, era todo normal hasta que me detectaron la diabetes'. (Elena, 2021)*

Los alimentos dulces y la carne les gustaban mucho a Sara y Elena, por lo que, suspender su consumo implicó *tener que aguantarse* de comerlos o tener que comerlos de manera *esporádica*.

*'Antes me gustaba mucho, tomaba yo Coca, me encantaban los chocolates, el pan, los dulces, todo eso, todo lo que me gustaba, me lo tuvieron, me lo tengo que aguantar porque no puedo comer nada de eso, y antes comía demasiado de eso'. (Sara, 2021)*

*'Mi mamá compraba hígado, o sea, lo que son las vísceras, la tripa, la pancita, la sangre, eso, entonces eso comíamos, pero después de esto, ya vísceras, no como casi nada de vísceras, de vez en cuando, muy cada año abí voy a comprarme una pancita, pero ya es muy esporádicamente, pero antes sí comíamos eso, lo que es la barbacoa y todo eso'. (Elena, 2021)*

### **1.3 ALIMENTACIÓN EN EL TRABAJO**

Dentro de la narrativa de Lorena (tipología I), sobresalen la rutina laboral y algunos elementos que la definen; en el aspecto alimentario, Lorena hace referencia del horario del *lunch*, del tiempo para comer, de los alimentos consumidos y su relación con el cuerpo, todo ello vinculado al término *mala alimentación*.

*'[...] teníamos una hora del lunch, en Estados Unidos, abí hay lugares donde nos hacen trabajar más tiempo, pero hay lugares donde nos respetan, de hecho, a nosotros en la empresa o la fábrica donde trabajamos, teníamos nuestra hora de lunch, como a las 11, nos daban media hora, sí comíamos, pero, yo pienso que todo esto pasa por la mala alimentación, porque, no sé, yo veía que los gringos comían, una de ellas comía un galletita y su soda, siempre su soda, su galletita, sus cacahuatitos, y yo las veía y decía '¡ay!, ¿por qué ellas no engordan como nosotros?', y nosotros pues no que nuestras 4 tortillas, 10 tortillas y grasa y más grasa, entonces, yo quiero pensar que esa es la causa'. (Lorena, 2021)*

En la narrativa de los colaboradores (tipología V), el trabajo resalta como un elemento que definió las formas de alimentación antes de padecer diabetes: ¿cuándo se comió?, ¿dónde se comió?,

¿qué se comió? y ¿con quién se comió? Es decir, es un factor que determinó las circunstancias en las que ellos se alimentaron. En este apartado se habla de la experiencia de Camilo y Jaime, quienes trabajaban en la Ciudad de México antes de la pandemia. Para responder las preguntas planteadas anteriormente, se retoman algunos elementos sugeridos por Warde (2016) para abordar el tema alimentario: el tiempo, el lugar, los alimentos y las personas.

En el caso de Camilo y Jaime, el trabajo ha definido sus tiempos (antes y después de la diabetes), establecido actividades y creado rutinas. Antes de la pandemia, la alimentación de Camilo y Jaime no fue un aspecto que tuviera prioridad dentro de su rutina, pues el traslado a su trabajo y la carga laboral les impedía establecer horarios de comida y tener tiempo suficiente para comer.

[...] *allá nada más era, que, no sé a las 5 de la mañana desayunaras un café un pan y vamos a trabajar porque no sabes hasta que hora salgas, y si ya en el tiempo que estás en el trabajo hay un espacio para que puedas terminar bien de desayunar pues desayunaste y si no hasta la noche que regresas a la casa*'. (Camilo, 2021)

[...] *nosotros que trabajamos en la oficina, este, no siempre tenemos un horario adecuado de comida, comemos muy rápido o comemos comida chatarra para poder, este, cumplir con nuestros horarios de trabajo, creo que eso sí también afecta mucho*'. (Jaime, 2021)

Además de la falta de tiempo para destinar a la alimentación, otra de las dificultades que refirieron fue la limitada disponibilidad y acceso a alimentos.

[...] *te voy a poner como ejemplo, no sé, Coyoacán, que yo me tenía que ir hasta el metro General Anaya, pues dices nada más era levantarse temprano te preparabas un café, bueno te tomabas un café con una telera, no sé, una manzana aunque sea para el camino para irtela comiendo mientras que llegabas allá y llegando al lugar del evento pues dices ya, te terminabas de desayunar no sé, otro poquito de café, ya no más para, dices, despertar un poco, y ya en el evento pues, pues aunque a veces uno no quisiera consumir lo que a veces te colocan ahí que es café, galletas, refresco, pues ya de ganar sabes que tomar otro café, un par de galletas, y ya con eso hasta que ya salías del evento y buscar por ahí cerca donde te podías ir a comer un taco, y ya pues dices, ya sea que fuéramos allí a los tacos de canasta que encontrábamos, o nos íbamos al mercado ahí de Coyoacán y ya pasábamos a comer, pues ya un guisado [...]*'. (Camilo, 2021)

[...] *a veces dormía muy poco o a veces si por el mismo evento ya no te podías regresar a tu casa si tenías que quedar ahí mismo donde iba a ser el evento y pues ahí dices ya no, ya no hay donde vayas a consumir*



*alimentos, ya te tenías que aguantar, hasta el otro día temprano, que dices, si por ahí llegaba a pasar el de los tamales o eso pues ya lo parabas, pero pues sí, en cuestión de alimentación el trabajo si estaba un poco difícil, ahí sí que te dijeran, mantén un régimen de alimentación, es muy difícil; ahí dicen ahí casi es pura, pura vitamina T'. (Camilo, 2021)*

*[...] cuando estoy en México o en la oficina, si se me complica porque no me puedo yo hacer de comer, entonces procuro, digo, cocinar en mi casa y llevarme los tópers<sup>56</sup>, pero no siempre se puede, entonces hay veces que si tengo que recurrir a comida, este, pues llámese de, de negocios ¿no?, o sea, de restaurantes, y este, pues no siempre se puede [...]' (Jaime, 2021)*

Por último, su trabajo también determinó en donde, que y con quien comieron; Camilo y Jaime mencionaron comer en establecimientos de comida, en la calle o en su lugar de trabajo y con sus compañeros de trabajo.

**Tabla 21. Consumo de alimentos durante el trabajo**

| <b>Espacio</b>             | <b>Lugar (específico)</b>                | <b>Alimentos</b>   |
|----------------------------|--|--|
| Establecimientos de comida | Restaurante                              | Huevos, chilaquiles, molletes, pan dulce, bolillo y café |
|                            | Fonda o comida corrida                   |  |
|                            | Mercado                                  | Consomé, arroz, guisado, postre, agua o refresco         |
| En la calle                | Taquerías                                | Tacos de canasta, tacos de carne                         |
|                            | Puestos de tamales                       | Tamales  |
|                            | 'En el camino'                           | Una manzana  |
| Lugar de trabajo           | Oficina                                  | Comida de elaboración propia                             |
|                            | Auditorios o salones de eventos (Camilo) | Galletas, café, refresco, agua                           |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

Por otro lado, cuando las mujeres de la tipología III acudían a su trabajo (oficina y escuela primaria, respectivamente), tenían un tiempo, alrededor de las 10:00 am y medio día, destinado para comer; los alimentos que mencionaron consumir en este tiempo de *almuerzo* eran: tortas, tacos dorados, tostadas y refresco.

*'A la hora del almuerzo en la oficina, iba una señora como a las 10:00 de la mañana y nos vendía una torta, nos vendía un taco dorado, o una tostada, esa era la alimentación que yo tenía en la oficina, como un*

<sup>56</sup> *Tópers*: término utilizado para nombrar a los recipientes de plástico en donde se guarda comida.

*almuercito, como algo así. Salíamos a las 3:00 de trabajar y ya después cuando llegaba yo a la casa, pues ya estaba la comida, ya comíamos igual como aquí’. (Carolina, 2021)*

*‘En mi trabajo, que si se ofrecía al medio día, una torta, un refresco, lo que hubiera, no había medida, además siempre he sido de buen diente como dicen, ¿no?, entonces comía de todo, de todo, nada de que esto no esto..., yo comía de todo y pus bastante y ya con eso, ya le conté toda mi vida’. (Tania, 2021)*

Para Elena (tipología IV), *la presión en el trabajo* fue una de las causas que desencadenaron la diabetes y los *problemas de la circulación*.

*‘He visto que cuando uno se enoja o se irrita y eso, es cuando me checo mi azúcar y la tengo elevada, yo por ejemplo, cuando estuve trabajando en la agencia, en talleres mecánicos, tenía pues 100 gentes a mi cargo y era mucha presión, todo mundo ‘que se va a apagar esa planta, que se va a parar la otra’, entonces a raíz de eso empecé a tener más problemas de la circulación’. (Elena, 2021)*

Cuando Elena trabajaba, ella refirió llevar su propia comida y tener un horario establecido para comer, de 2:00 p.m. a 3:00 p.m., aunque solo destinó 10 minutos para ello, pues, hacía otras actividades.

*‘Yo llevaba comida para el trabajo y llevaba mi guisado, tortillas, creo que todavía tomaba refresco, parece que me acuerdo que llevaba refresco, de 600, en aquel entonces de cristal, casi por lo regular era Coca, pero fue poco tiempo que tomé refresco. En la mañana desayunaba aquí en la casa, almorzaba tortillas y eso, sopa y guisado, y luego ya llevaba un guisado y llegábamos a cenar también guisado, y así es como cenábamos y ya, y pues se comía carne con verdura y sopa, o arroz, variando entre sopa, arroz, espagueti, habas, lentejas’. (Elena, 2021)*

*‘En el trabajo siempre salíamos a comer de 2 a 3, entonces diario era comer a las 2, tons comía en 10 minutos, comíamos rápido y me salía a ver los partidos de voleibol, de basquetbol, o algún evento que había en la empresa’. (Elena, 2021)*

#### **1.4 ALIMENTACIÓN EN CONTEXTO DE MIGRACIÓN**

*‘Tienes que trabajar, obviamente, es un país, en el cual, si no trabajas, no comes’.*

*(Lorena, 2021)*

En este apartado, se aborda la alimentación que llevaron Lorena (tipología I) y Ricardo (tipología V) mientras vivieron en contexto de migración.

Lorena vivió durante 7 años en Estados Unidos, sus experiencias de allá influyeron en diferentes sentidos su vida; la alimentación que llevó en EE. UU. se convirtió en un referente importante a su regreso a México.

#### 1.4.1 PROGRAMAS ASISTENCIALES

En Estados Unidos, a través de *acciones, movimientos, de meterse aquí, allá*, Lorena logró que su hija Michelle tuviera *Foods Stamps*<sup>57</sup>. Por lo que, Lorena y su familia recibían por parte del gobierno 3 *Foods Stamps*<sup>58</sup> (o *estampillas* o *tickets* o *cupones*), cada cupón traía 4 *estampas* (se cambiaba una estampa por semana en *tiendas de prestigio*), cada estampa equivalía a: 1 galón de leche (3.7 L), 1 libra de queso mozzarella, 12 piezas de huevos, jugo y cereales.

*En tu alimentación, había más posibilidades económicamente hablando de, pues de consumir queso, leche o jugo, cereales, del que tú quisieras, o sea, en la actualidad por decirlo, uno de esos cereales que nosotros comprábamos [canjeábamos] allá, aquí cuesta 100 pesos la caja, entonces, yo le digo a mi esposo 'pues allá nos lo daban, no te fijabas cuánto costaba', y un jugo, de esos de los que hay allá nunca hemos visto, el queso era de mozzarella, y era una docena de huevo, un galón [...], pero pues, me refiero a que, económicamente, en ese sentido, por el canje de cupones, se podía alimentar mejor'. (Lorena, 2021)*

Además de formar parte de este programa, Lorena y su familia recibían alimentos por parte de una iglesia.

*En una iglesia, decían 'quienes son de bajos recursos, pueden venir', nos daban pan, nos daban pollo, nos daban huevo, frijoles, o sea, de todo'. (Lorena, 2021)*

#### 1.4.2 LA ALIMENTACIÓN DE EE. UU.

Se presenta la distinción entre lo que comen las personas de EE. UU. y lo que comen los mexicanos. Dentro de la alimentación de EE. UU. sobresale la comida rápida, procesada y

---

<sup>57</sup> Programa Asistencial de EE. UU.

<sup>58</sup> Cupones de alimentos.

ultraprocesada; por otro lado, Lorena relaciona el consumo de la comida mexicana (leche, pan, tortillas y frijoles) con *no cuidarse*.

[...] *no es la misma vida, no es la misma alimentación, allá lo que tiene es que todo es comida rápida, pero eso no quiere decir que uno no pudiera hacer su comida [...] porque allá, eso sí, trabajábamos de lunes a viernes, hacia mi esposo de comer, hacia yo, quien fuera*. (Lorena, 2021)

[...] *los americanos con unas crackets y una soda todo el tiempo, o espárragos, los pepinillos de las hamburguesas, todo eso les gusta a ellos, y entonces, pues uno como siempre ¿no?, hay tiendas mexicanas, busca la tortilla, el pan, y todo eso, entonces ellos no, yo cuando trabajaba veía que no' más con una sola galletita de esas, que se llaman aquí, son mini crackets pero traen queso amarillo en el centro, allá esas galletas se las comían también, o palomitas sin mantequilla, así naturales, y pues realmente nosotros, pues siempre buscas lo dulce, la leche, el pan, las tortillas, los frijoles, y había tiendas mexicanas que pues uno ahí acudía a comprar lo que no encontraba en las tiendas de prestigio, donde uno tenía que cambiar sus cupones, eso es, y pues no, no se cuidaba uno, la verdad no*'. (Lorena, 2021)

Aunque casi todos los colaboradores (tipología V) migraron dentro del país (excepto Mario), ya sea, por cuestiones laborales y en diferentes momentos de su vida, Ricardo resalta la relación entre la diabetes y la alimentación que llevó en Estados Unidos y Tijuana.

[Refiriéndose a la alimentación que llevaba en Estados Unidos] *pues, básicamente, comida empaquetada, este, digamos, usted no está pa' saberlo ¿no? (risas), pero, cuando trabajábamos bien, fíjese, comida empaquetada y todo ¿no?, pues comida del súper, pues digamos, o comida de un restaurante, pero pues, siempre pa' llevar, como pues no éramos, este, o no teníamos papeles*'. (Ricardo, 2021)

[...] *nos agarraron y pues no echaron, este, para Tijuana, y pues igual, este, pues ahí también, este, digamos la alimentación pues era lo que, básicamente lo que, teníamos a la mano, que era, este, tacos de birria, igual, este, pues en puestos callejeros más que nada ¿no?, comíamos en puestos callejeros, porque pues allá, este, no teníamos, digamos, donde quedarnos al principio, no pues hay veces que, igual, no comía (risas), sí que no comíamos y este, pues uno piensa que, en ese momento a lo mejor no nos hace daño ¿no?, pero ya después vienen las, consecuencias ¿no?, de esas pasadas o de esos días sin comer ¿no?'* (Ricardo, 2021)

Ricardo también relaciona las condiciones que tuvo una vez que regresó con el hecho de que *detonara su diabetes*.

[...] *cuando regresé, este, acá a México, igual, seguí con una mala alimentación, como le vuelvo a repetir, estaba yo solo, pues, no estaba con una familia todavía, o no había construido digo a mi familia básicamente, igual comía en la calle, tons, pues yo digo, digo que sí, este, o pienso que sí contribuyó a que detonara mi diabetes*’. (Ricardo, 2021)

## 1.5 ALIMENTACIÓN EN FIESTAS O EVENTOS IMPORTANTES

Los colaboradores (tipología V) refirieron que en las fiestas familiares solían comer arroz, sopas, pollo, carne de res preparada de diferentes formas, carnitas, barbacoa, pastel y refresco. En el caso de Elena (tipología IV), ella refiere que antes de la diabetes comía *todo lo que daban* en las fiestas.

*‘Comía todo lo que daban, o sea, si daban carnitas, comía carnitas, si daban barbacoa, si daban mole, comía todo eso*’. (Elena, 2021)

## 1.6 ALIMENTACIÓN FUERA DE CASA

Mientras estuvo en EE. UU., Lorena (tipología I) refiere algunos momentos que implicaron comer fuera de casa, en ellos, se pueden identificar ciertos elementos de dicha actividad, como la frecuencia (cada 15 días o los sábados), los alimentos y bebidas (cerveza, refresco y carne para asar), los lugares (la playa, restaurantes chinos, *Golden Corral*® o *Burger King*®), lo que significaba para Lorena (*lo mejor* o *un lujo*), así como otras actividades relacionadas (después de cobrar y cambiar el cheque).

[...] *nos íbamos a la playa cada 15 días, cerveza, refresco, carne para asar, o sea, es lo mejor, para mí, en lo personal, fue lo mejor*’. (Lorena, 2021)

[...] *eso sí los sábados, después de cobrar el viernes, íbamos a cambiar el cheque, [...] nos íbamos a comer, a los [restaurantes] chinos, al Golden Corral®, era un restaurante muy famoso, pero haga de cuenta que era como de clase media, no era así como tan, para la gente de mucho dinero, ni tampoco para los de poco dinero, sino de media, o la famosa Burger King®, y entonces pues, todos esos lujos se daba uno*’. (Lorena, 2021)

Por otro lado, existen diferencias dentro de las formas de vida que llevaron los colaboradores de la tipología V antes de la diabetes; de manera general, la alimentación que tuvieron fuera de casa se basó en el consumo de alimentos en restaurantes y en la calle.

[...] *sí salía yo mucho a comer los fines de semana afuera de casa, y este, y sí, pues generalmente son, pues restaurantes de carnes, este, restaurantes de comida china, entonces sí son, este, pues comidas así, este, proporciones grandes*'. (Jaime, 2021)

[refiriéndose a la alimentación que llevaba antes de que le dijeran que tenía diabetes] *mala, porque si llevaba una ingesta de grasas y azúcares, digamos yo siento siempre comía tortas, tacos, sopes, buaraches, en la calle, digamos, en mi adolescencia, tonses, este, y en mi juventud pues sí, sí llevaba una, este, ingesta de comida, este, pues desordenado, carnitas, barbacoa, lo que fuera, tons, este, pues eso sí, sí es malo ¿no?, eso sí contribuyo para la, para la diabetes digo yo, o pienso que, que sí*'. (Ricardo, 2021)

## 1.7 PREFERENCIAS, GUSTOS Y DESAGRADOS

Dentro de los gustos y desagradados de las mujeres de la tipología I, no sobresale un alimento en específico; sin embargo, Isabel (2021) refiere que a ella *siempre le ha gustado comer de todo*; y por otro lado, Sandra menciona que ella nunca fue de dulces, galletas, refresco y que los capeados nunca le han gustado porque no estaba acostumbrada a comerlos. En el caso de los colaboradores de la tipología V, antes de la diabetes tenían preferencia por las carnitas, la carne de borrego, los cortes de carne de res en grandes porciones, los cacahuates y el refresco (específicamente *Coca – Cola*®); por otro lado, los charales, las botanas fritas, los dulces, los capeados con manteca y las verduras, fueron alimentos que no les gustaban. En el caso de Mario, la preferencia y desagrado por ciertos alimentos está determinada por experiencias y condiciones de vida durante la niñez.

[...] *al principio sí comía mucha verdura cuando estábamos niños, era casi mucha verdura, ya después dices, dice uno 'ya cuando trabaja uno se siente de dinero y ya quiere comer pura carne y ya no quiere regresar a las verduras', y ya con ella [Sandra] me enojaba a veces, nos molestábamos porque 'ay, qué voy a hacer verduras', 'ay, yo no quiero verduras', y ya 'hora sí decía 'ya comí mucho en mis, cuando estaba chavo', le digo, "hora ya no quiero', le digo, y ya, con trabajos me hicieron cambiar [...] dice uno 'ya trabaja uno, ya puede comprar sus cosas', antes porque era lo que nos daban y ya, teníamos que comer*'. (Mario, 2021)

Las mujeres de la tipología III y IV refieren que a ellas les gustaba de todo, específicamente las tortillas, el pan, los dulces y la *Coca – Cola*®

*Todo, me gustaba todo, bueno nunca, no le ponía pretexto a nada*'. (Tania, 2021)

*'Antes me gustaba mucho, tomaba yo Coca, me encantaban los chocolates, el pan, los dulces, todo eso, todo lo que me gustaba'. (Sara, 2021)*

## **2. EXPERIENCIA DE ALIMENTACIÓN DESPUÉS DE LA DIABETES TIPO 2**

### **2.1 CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN**

Las y los colaboradores de las tipologías I y V refirieron haber hecho cambios en su alimentación debido a la diabetes; sus procesos de cambio fueron diferentes, desde el momento en el que empezaron a modificar su alimentación, las razones de estos cambios y las prácticas alimentarias que empezaron a realizar y las que dejaron de hacer. En este apartado, se busca responder a las preguntas: ¿por qué hicieron cambios?, ¿o por qué no los hicieron?

Por un lado, los cambios que refirieron realizar las mujeres de la tipología I se dieron por el diagnóstico, o bien, por la preocupación de los niveles elevados de glucosa. El nivel de glucosa y las emociones que genera, el significado y la aceptación de la enfermedad son algunos de los elementos que definen los cambios.

*[...] cuando me lo propongo pues trato de disciplinarme en algún aspecto, por qué, pues porque 'hora sí que me espanté de los niveles de azúcar y dije: 'pues sí quiero durar más, pues tengo que nivelar el azúcar', y dije: 'pues voy a empezar''. (Isabel, 2021)*

*'Endocrinología me mandó hacer estudios para la glucosa, y ya ellos después me mandaron a nutriología, pero, de hecho, pues todos como que de alguna manera cuando nos dicen: 'es que tienes esta enfermedad', como que dentro de nosotros 'no, es que no, no, no quiero, no puedo aceptar', la aceptación de que uno tiene ya problemas. Entonces, sí, fui a la primer consulta de nutriología y me dieron ahí lo que podía comer, lo que iba a empezar a llevar, [...] me empezaron a dar las porciones, [...] todo así, entonces, yo sinceramente dije: 'yo no llevo esa dieta, yo sigo comiendo como vengo comiendo''. (Isabel, 2021)*

En el caso de los colaboradores (tipología V), la aceptación de la enfermedad es un elemento que influye en las formas de atención a la diabetes; en la trayectoria de enfermedad de los colaboradores, este momento no necesariamente llegó después del diagnóstico de la diabetes.

*[respuesta a la pregunta de los cambios que realizó en su alimentación después del diagnóstico de diabetes]... lo tomé a la ligera, no, como se dice, este, vulgarmente, no, no me cayó el 20, luego, luego, o sea, yo seguí mi vida normal según yo, no, no puse, este, atención en, en una buena*

*alimentación, en cuidarme, como se dice, seguí yo mi vida normal, con la alimentación que yo llevaba.* (Ricardo, 2021)

*Pues en su momento no, no sé, y ahorita no, no sabría contestarle la, pues no sabría la respuesta, por qué no lo lleve a cabo, no sé, no, no le di la importancia adecuada, mm, pues sí, principalmente, no, como que no pensé yo, pues a mí no, no me va a dar, como estaba yo gordito, más gordito pues, digo 'no, pues yo me siento bien', 'no, a mí qué, no', pues si no le di la importancia necesaria, principalmente, por eso no lo lleve a cabo en su momento.* (Ricardo, 2021)

El momento de Ricardo llegó después de que en los estudios que le han realizado, *su azúcar está un poco alta, no baja totalmente*. En el caso de Jaime, la aceptación de la enfermedad llegó al momento del diagnóstico, la información que recibió en su U.M.F. influyó en los cambios que realizó respecto a su alimentación.

[Explicando la razón por la cual había hecho cambios en su alimentación] *pues para cuidarme, por la diabetes.* (Jaime, 2021)

[Respecto a cómo se sintió con las recomendaciones que le hicieron en la U.M.F.] [...] *me sentí más seguro, este, en el sentido de que bueno, pues sí es una enfermedad, pero pues controlable, y pues digo, eso fue lo que más me gustó de lo que me dijeron, ¿no?, de que, pues, puede llegar a no afectarme tanto en mi salud, siempre y cuando yo me cuide ¿no?.* (Jaime, 2021)

En el caso de Camilo, los cambios en la alimentación llegaron junto con la necesidad de cumplir los requisitos para la cirugía de extracción de una hernia; en el caso de Mario, los cambios realizados son una práctica impuesta por sus hijas, de manera individual refiere dificultades para cambiar su alimentación.

[...] *se me ha hecho difícil, este, llevar eso a cabo [las recomendaciones de alimentación], porque sigo consumiendo mucho, la Coca, mucho pan, mucho café y los cacahuates son los que como, me gustan mucho los cacahuates y como mucho cacahuate.* (Mario, 2021)

[...] *cada día comemos un poco más de verduras, porque antes no, no, era muy poca verdura y ahora ya me hacen comer a fuerzas (risas) [...] mis hijas son las que luego están ahí, haciéndome comer verduras, ya cuando llego ya tengo mi plato con las verduras y ya, ni modo de decir que no.* (Mario, 2021)



Los cambios que han realizado las y los colaboradores de las tipologías I y V a través de los años de padecer diabetes se resumen en la siguiente tabla.

**Tabla 22. Cambios en alimentación (tipología I y V)**

| <b>Práctica</b>  | <b>Especificaciones</b>  |
|--|--|
| Disminución del consumo en porción o cantidad de ciertos alimentos | Alimentos como: tortilla, pan, grasa, refresco (específicamente <i>Coca – Cola</i> ®), azúcares y sal.   |
| Disminución de la frecuencia de consumo de ciertos alimentos       | Por ejemplo: comer <i>carnitas</i> una vez al mes, en vez de 2 o 3 veces por semana o comer carne de puerco una vez a la semana en vez de 3 días a la semana.  |
| Disminución de la proporción de consumo general de alimentos       | Disminución en la proporción de lo que regularmente se consumía.   |
| Suspender el consumo de ciertos alimentos                          | Alimentos como: dulces, azúcar (en el café, la leche o tés) y refresco.  |
| Incremento del consumo de ciertos alimentos                        | Alimentos como: verduras, carne de pollo y pescado (al menos una vez a la semana), piña y avena.   |
| Implementación de prácticas alimentarias                           | Prácticas como: cambiar el bolillo por pan integral o con trigo; dejar de preparar postres; comer <i>a sus horas</i> y desayunar aunque no tenga hambre (Sandra); realizar <i>intermedios</i> entre las comidas principales (comer fruta o verdura); combinar las verduras; complementar la carne con ensaladas o verduras; y evitar desayunar <i>pesado</i> . |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

Isabel refirió extrañar el azúcar solo hasta que se acostumbró.

*‘Lo primero que suspendí fue el azúcar, en mi café, en mi leche, en mis tés, dije ‘azúcar cero’, eso fue lo primero que sí y lo extrañé pues a lo mejor de aquí a que me acostumbraba y pues no sabía o no me sabía como antes, pero pues después no fue difícil porque pues hasta la fecha como sin nada, me como las cosas sin azúcar, o sea, no me fue tan difícil que sufriera porque ¡ay, no tiene azúcar mi leche!, y eso, pues no’. (Isabel, 2021)*

La dinámica y estructura familiar es, de acuerdo con lo referido por los colaboradores (tipología IV), uno de los elementos que determina el tipo de cambios en la alimentación.

*‘Aquí en casa sí, no te voy a decir que fue muy drástico porque, digo, más que nada por los niños, porque si se realiza este cambio así tan severo, pues luego no quieren comer, digo para ellos, a veces dices bueno, en caso para la familia si se les hace un poco complicado tener que preparar 2 comidas, ‘hora sí diarias, que hacer una sola [...]’. (Camilo, 2021)*

Por otro lado, cambiar conductas alimentarias que se han llevado a cabo durante años, o quizá a lo largo de toda la vida, origina emociones como la ansiedad, así como formas de regulación de estas.

*'Aborita ya no [me quedo con hambre], al principio sí, sobre todo me daba mucha ansiedad de seguir comiendo'. (Jaime, 2021)*

*[Refiriéndose a cómo enfrentó el cambio] con un poquito de valor y de resignación ¿no? [...] yo tenía la mala idea o bueno, un mal... confundía lo de que el desayuno era lo más importante, y generalmente era mi alimento más fuerte, o sea, si desayunaba muy pesado. Entonces, cuando de repente pues cambié un plato de chilaquiles por un huevito con piña, pues sí este, pues si obviamente a la media hora yo ya tenía hambre ¿no?, y me empezaba a entrar la ansiedad, este, entonces lo que hacía era, pues, ocuparme en otra cosa, o sea, trataba de distraerme para matarme el hambre, pero sí me provocaba un cambio en mí, por ejemplo en mi humor, o sea, me ponía muy de malas ¿no?, este, tener hambre todo el tiempo, o sea, no me gustaba tener hambre, pero eso no más fue al principio, o sea, mientras me adapté, ya aborita por ejemplo, te soy sincero, si me sirves algo pesado de desayunar, ya no, o sea, ya no me lo acabo, o sea ya me acostumbré, o sea, fue cuestión de tiempo'. (Jaime, 2021)*

El término fuerza de voluntad sobresale en la narrativa.

*[...] la verdad es que pues digo, muy pocos tenemos esa fuerza de voluntad de decir este 'ay, no ya, al carajo, no voy a comer algo', ¿no? o sea, muy pocos tenemos esa fuerza de voluntad ¿no?, de aguantarse tantito'. (Jaime, 2021)*

Por otro lado, hubo cambios que no generaron muchas dificultades en los colaboradores.

*'[...] no la eliminé [la Coca – Cola®] pero sí reduje mucho el consumo [...]. [Enfrenté este cambio] bien, sin problema, o sea, no, fíjate que ese no, no me afectó tanto'. (Jaime, 2021)*

*'No [tuve dificultades], porque yo vivo, porque yo como te decía he cocinado desde muy joven pues no, no fui tanto de consumir mucha grasa'. (Camilo, 2021)*

Los cambios en las prácticas alimentarias generan que se extrañen algunos alimentos, como el refresco en el caso de Camilo y la carne en el caso de Jaime.

[...] *la carne, esa la sigo extrañando mucho [...] la carne de res, sí porque era casi diario, o sea, casi diario comía carne, por ejemplo cuando estaba en México en la oficina este, salía a comer, yo, implicaba tacos ¿no?, o salía de la oficina y iba por unos tacos, o sea, siempre carne, carne, carne, carne, y eso sí lo extraño mucho*. (Jaime, 2021)

Las mujeres de la tipología III mencionaron haber hecho cambios en su alimentación después del diagnóstico de diabetes. Considerando que al momento de la entrevista las colaboradoras tenían entre 11 y 22 años con el diagnóstico de la enfermedad, ellas refieren que los cambios se fueron dando *poco a poco*.

*No lo deje de a sopetón, no, lo deje poco a poco, por ejemplo el arroz me gustaba mucho, la sopa, diario, pero ahora ya no hago sopa, de vez en cuando como*. (Andrea, 2021)

*Tuve que irlos haciendo [cambios en la alimentación], poco a poco, me costó mucho trabajo porque es muy difícil el tener un régimen alimenticio y cambiarlo de tajo, ¿no? poco a poco lo fui haciendo y ahí voy, ahí voy poco a poco*. (Tania, 2021)

Los cambios que han realizado a través de los años de padecer diabetes se resumen en la siguiente tabla.

**Tabla 23. Cambios en la alimentación (tipología III)**

| <b>Práctica</b>  | <b>Especificaciones</b>  |
|--|--|
| Cambios en la proporción de consumo general de alimentos           | Disminución en la proporción de lo que regularmente se consumía.   |
| Disminución del consumo en porción o cantidad de ciertos alimentos | Alimentos como: grasa (en general y en la preparación de alimentos), pan, tortilla, harinas (como la sopa de pasta), frijoles y postres.   |
| Suspender el consumo de ciertos alimentos y bebidas                | Alimentos como: azúcar (en las bebidas).   |
| Incremento del consumo de ciertos alimentos                        | Alimentos como: pescado (al menos una vez a la semana) y agua simple.  |
| Implementación de prácticas alimentarias                           | Por ejemplo: evitar preparaciones de alimentos que lleven mucha grasa, como empanizados; cambiar las bebidas azucaradas por refresco light o agua de fruta sin azúcar; suplir determinados alimentos, como comer ensalada en vez de carne. |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

Los inconvenientes que las colaboradoras de la tipología III refirieron al enfrentar los cambios en su alimentación fueron diversos. Uno de ellos alude a la tortilla, pues, comerla es cotidiano en la vida de las colaboradoras, sin embargo, el personal de salud y personas cercanas les recomendaron disminuir su consumo, por lo que, esta situación generó resistencia.

*'A mí me pueden quitar todo menos la tortilla (risas), de ningún lado, también 'ay, no me vaya a quitar mis tortillas, por favor' (risas) y dicen: 'no pues ya, más o menos ahí está, dentro de lo que puede comer de tortilla, pero sí puede, pues deje de comer más tortilla', ese es mi problema, yo siento que es mi problema, que no puedo dejar de comer tortilla o no quiero, más bien, no quiero dejar de comer tortilla (risas), porque pus sí puedo, pero pus no quiero (risas)'. (Carolina, 2021)*

Por otro lado, el nivel de glucosa se convierte en un determinante de las prácticas alimentarias, pues define la cantidad de alimento que se debe comer, la alimentación se convierte en un proceso cuantitativo.

*'Ya tengo que irme midiendo en toda mi alimentación, ya no es como antes, ¿no? Sí de vez en cuando me como un postrecito pero ya no me lo como entero, o la mitad, o, en fin, ya es cosa de criterio de cada uno dependiendo también de qué cantidad de glucosa tenga uno'. (Tania, 2021)*

*'Después de estar acostumbrada a comer lo que fuera, sí quería un plato o dos de frijoles, me los comía y ahora como frijoles, poquito, unas dos cucharadas, ya no es lo mismo, más que otra cosa son las cantidades'. (Tania, 2021)*

Los cambios en la alimentación implican que se extrañen algunos alimentos, aunque, también generan una nueva forma de alimentación a la que *uno se acostumbra*.

*'Me gustaba mucho la Coca<sup>59</sup>, la Coca, eso es lo que más [extraño], le digo que eso más, porque, creo que todo lo demás, poco a poco lo he ido dejando'. (Andrea, 2021)*

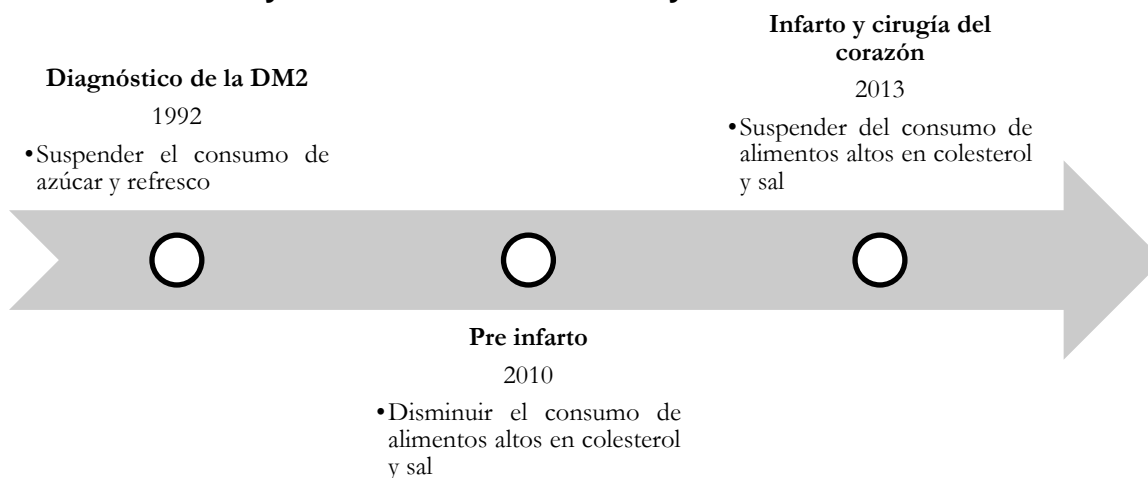
*'No, ya no [extraño algún alimento], ya no, ya no, ya después de varios años tiene uno que irse acostumbrando a comer lo que se debe comer'. (Tania, 2021)*

Por otro lado, los cambios en la alimentación que las colaboradoras de la tipología IV realizaron se asocian a momentos específicos del progreso de la enfermedad, como se puede observar en la trayectoria de la enfermedad de Elena (**Gráfico 1**).

---

<sup>59</sup> Coca – Cola®.

## Gráfico 1. Trayectoria de la enfermedad y cambios en la alimentación



Fuente: Trabajo de campo, 2021.

En la narrativa de Elena, se identifica cómo los niveles altos de colesterol y triglicéridos, determinaron los cambios en su alimentación.

*'Antes siempre salía alta en mis niveles de colesterol, entonces me decía [el médico]: 'si sigue teniendo sus niveles altos de colesterol, si no lleva su dieta, va a tener problemas con el corazón' y yo aparentemente trataba de ya no consumirlos, desde antes del infarto ya no los consumía, o sea, le había bajado, pero pues sí de vez en cuando comía pancita o comía carnitas, pero llegó el momento en que cuando me dio el infarto, pues ya, cero, los corté completamente pues porque ya hubo consecuencias, pero ya desde antes, como mis niveles de colesterol, de triglicéridos, salían altos, pues ya los había suspendido a medias en cierta forma'.* (Elena, 2021)

Los cambios que Sara y Elena refieren haber realizado a través de los años de padecer diabetes se resumen en la siguiente tabla.

**Tabla 24. Cambios en la alimentación (tipología IV)**

| Práctica   | Especificaciones  |
|--|---|
| Disminución del consumo en porción o cantidad de ciertos alimentos | Alimentos como: grasa y bebidas dulces, como atoles.  |
| Disminución de la frecuencia de consumo de ciertos alimentos       | Por ejemplo: comer carne 2 veces a la semana, en vez de diario; comer mariscos solo cuando se visita la playa; comer pancita una vez al año; comer postres, no tan dulces, de vez en cuando; y disminuir la frecuencia de consumo de huevo. |
| Suspender el consumo de ciertos alimentos y bebidas                | Alimentos como: azúcar, chocolates, dulces y pastel; barbacoa, consomé, sangre de borrego, hígado, tripas, carnitas y otros alimentos altos en colesterol (como el  |

|   |   |
|---|---|
|   | queso de rancho); y sal.<br>Bebidas como: refresco.   |
| Incremento del consumo de ciertos alimentos | Alimentos como: verduras.   |
| Implementación de prácticas alimentarias    | Prácticas como: tomar agua simple o agua de fruta no muy dulce; tomar café y té sin azúcar; <i>limitarse</i> a comer doble en las fiestas; y preparar los alimentos con poca grasa y sin sal; por ejemplo, no capear las preparaciones. |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

Estos cambios trajeron consigo consecuencias, por ejemplo, Sara bajó de peso y eso le hacía sentirse más *ligera* para caminar. De manera general, Sara y Elena se acostumbraron a los cambios que realizaron en su alimentación, aunque, esto haya generado inconvenientes para ellas.

*'Se acostumbra uno a no comer azúcar, a no comer chocolates, dulces, pastel, cositas así, ya no como, cuando voy a una fiesta pues lo guardo, me lo traigo, que me dan tantito atole o algo, na' más tantito tomo y así, pero ya ve que luego pasan a ofrecer otra vez 'que si gusta uno esto', 'no ya no', ya me limito yo también a comer aborita todo eso'. (Sara, 2021)*

*'Lo que me costó más fue, después del 2010, la sal, eso sí, porque unos alimentos saben muy feo, pero lo del azúcar no me fue tan difícil, me acostumbré a tomar pura agua natural, el café natural, el té natural, todo, entonces no me costó tanto trabajo, y ya le dije que: 'no le pusieran mucha grasa a la comida''. (Elena, 2021)*

De igual modo, dentro de estos inconvenientes, Elena refiere que, debido a la costumbre de ya no comer carnitas, barbacoa, comidas dulces y sal, ahora, esos alimentos le *dan asco* o ya no los *tolera*.

*'Mi cuerpo lo rechaza automáticamente [las carnitas y la barbacoa], entonces sí voy a una fiesta y hay carnitas pues no como, no como barbacoa, más la barbacoa me da asco. O sea, definitivamente todo eso ya no se me antoja'. (Elena, 2021)*

*'Yo ya me acostumbre a tomar todo, mi café, mi té, todo sin azúcar, entonces me sabe dulce y ya no como o no me gusta porque no, porque inclusive las comidas dulces me dan asco y me provocan náuseas. No sé [por qué], pero lo dulce me provoca náuseas cuando está muy dulce, o sea, pasteles si están muy dulces no los tolero, por ejemplo, un pan que no sea tan dulce si lo tolero, pero pan no que tenga chantillí o cosas por el estilo, mermeladas, no, no me gusta mucho, no sé por qué me provoca náuseas, no sé si es algo psicológico o no sé'. (Elena, 2021)*

*'A mí me hacen mi comida aparte sin sal, ya me acostumbré, entonces ya voy a un restaurant, pues pido mi comida sin sal. O sea, es cuestión de que un organismo, nuestro paladar se va acostumbrando a ciertos sabores y ya ahí no tolera después lo demás. Yo por ejemplo cuando voy a un restaurant, pido mi comida sin sal. ¿Por qué? Porque mi paladar está acostumbrado a no comer sal'. (Elena, 2021)*

Sara refiere extrañar el pastel y el pan, sin embargo, ya no los consume y procura no comerlos. Por otro lado, Elena refiere extrañar los mariscos.

*[Acerca de lo que más extraña] los mariscos en cierta forma, porque a mí me gusta mucho el cóctel de camarones, los ostiones, y eso pues sí ya no consumo, más que de vez en cuando, cuando voy a Acapulco'. (Elena, 2021)*

## **2.2 CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN DE LA FAMILIA**

Las mujeres de la tipología I mencionan que sus familias también han realizado cambios en su alimentación. Estos cambios surgen también porque algún otro miembro de la familia padece diabetes o tiene riesgo de padecer la enfermedad. Los principales cambios que ellas refieren consisten en suspender el consumo de refresco y en el incremento del consumo de verduras y frutas. Por otro lado, de acuerdo a lo referido por los colaboradores de la tipología V, sus familias también realizaron cambios en su alimentación (excepto Jaime, pues vive solo). En el caso de los demás, los cambios consistieron principalmente en:

- Disminución del consumo de grasas, reflejado a través de prácticas alimentarias, como: disminuir el uso del aceite en la preparación de alimentos, como capeados y empanizados (o evitar estas preparaciones), y el uso de utensilios de cocina con antiadherente.
- Disminución del consumo de azúcares, por ejemplo, para la preparación de agua de sabor.
- Disminución del consumo de pan.
- Disminución de alimentos con muchos conservadores.
- Incremento del consumo de verduras.

Respecto a las familias de las colaboradoras de la tipología III, Carolina refiere que su familia no cambió la forma de alimentarse después de que a ella le diagnosticaron diabetes. Por otro lado, en casa de Andrea, ella es quien prepara los alimentos, por lo que, su familia come lo que ella cocina. En casa de Tania, debido a la diabetes, la presencia de verduras en la comida es obligatoria.

*'De acuerdo a lo que hacen aquí de comer es lo que yo como, pero ya saben que yo debo de contener verduras, mínimo verduras, ya lo demás poquito, no me hacen especial, aquí sí comemos frijoles, frijoles todos. Así es, pero en poca cantidad'. (Tania, 2021)*

En cuanto a las familias de las colaboradoras de la tipología IV, la familia de Sara realizó cambios debido a la diabetes, pues, sus hermanas y nueras elaboran platillos que pueda comer toda la familia, como gelatina y ensaladas.

*'Por lo regular dos de mis hermanas traen gelatina pero para diabético, ya ve que hay gelatinas para diabético, y eso es lo que como cuando ellas vienen o nos reunimos'. (Sara, 2021)*

*'A veces nos reunimos y una va a traer una cosa, otra trae otra cosa y, por ejemplo, luego a veces, a mi hermana Ana María le toca traer una ensalada, pues ya trae una ensalada de lechuga con pepino, zanahorias, gajitos de naranja o de mandarina, y ya la otra trae, por ejemplo, otra ensalada pero diferente, o traen para completar, uno trae unos bisteces a la mexicana, ya con la ensalada, o hacemos huevo a la mexicana y comemos pepino con zanahoria, jitomate, y así ensaladas que ellas y yo podamos comer'. (Sara, 2021)*

*'Mi esposo y mis hijos también se involucran, ellos también comen de lo que yo como, si es ensalada con verduras o con fruta, también, o hacemos una crema de brócoli, una crema de zanahoria, crema de calabaza, de chayote y ya comemos todos, y ya el guisado y esto, y el otro también, ya va involucrado ahí, pero a fuerzas tienen que ser los domingos este el guisado y una ensalada de lo que sea, mis nueras traen las ensaladas'. (Sara, 2021)*

Por otro lado, de acuerdo a lo referido por Elena, su familia no realizó cambios en su alimentación. La comida de Elena es preparada de manera diferente, sin sal y sin grasa; en caso de que preparen carne de puerco, ella no come la carne, solo la verdura.

*'[En casa] la comida se hace normal pero la mía me la apartan, a mí me hacen mi comida aparte sin sal, sin grasa, entonces sí hacen chiles rellenos pues sin capear, o sea, cualquier torta que hagan sin capear, a ellos [su familia] les hacen su comida normal con sal y todo, pero si también ya le bajaron, la señora le bajó la sal a todo y ya después empiezan '¡ay, está muy insípido!'. (Elena, 2021)*



*'Si hacen carne de puerco, pues yo no como carne de puerco, yo no' más me como la pura verdura. Por ejemplo, si hacen carne de puerco con habas, yo me como las habas y no como carne de puerco, entonces, ellos no han cambiado su forma de alimentación'. (Elena, 2021)*

Cuando comen fuera de casa, su familia come *normal*, mientras ella *no puede comer*.

*'Ellos siguen comiendo normal, a mí me hacen mi comida aparte y ellos su comida como es, o sea, ellos no cambiaron, por ejemplo, si vamos a una fiesta pues ellos sí comen su barbacoa, sus carnitas, si vamos a comer a un puesto, tacos, ellos sí comen lo que van a comerse, siempre salen 'ay qué tú', pues sí, 'pues yo no puedo comer' les digo'. (Elena, 2021)*

## 2.3 ALIMENTACIÓN COTIDIANA

A continuación, se presenta la alimentación cotidiana que refieren llevar las colaboradoras de la tipología I, III y IV, quienes comparten algunas características, sus comidas las realizan en casa y con sus familias.

**Tabla 25. Alimentación cotidiana de las colaboradoras**

| <b>Tiempo de comida</b> | <b>Alimentos</b>   | <b>Bebidas</b>  | <b>Particularidades</b>   |
|-------------------------|--|---|---|
| Desayuno                | Pan <sup>60</sup> , galletas <sup>61</sup> , pastel, preparaciones rápidas <sup>62</sup> o fruta <sup>63</sup>   | Café, té <sup>64</sup> , licuado <sup>65</sup> , jugo <sup>66</sup> . | Momento del día: en la mañana<br>Lugar: casa                      |
| Almuerzo                | Arroz; guisado o preparación de algún tipo de carne o proteína; con/sin salsa o caldo, con/sin verduras <sup>67</sup> ; comida del día anterior <sup>68</sup> ; guarnición <sup>69</sup> ; tortillas y pan <sup>70</sup> | Agua simple   | Momento del día: entre las 10:00 a.m. y 12:00 p.m.<br>Lugar: casa |

<sup>60</sup> Ejemplo: tipo bolillo (relleno de frijoles).

<sup>61</sup> Ejemplo: tipo marías.

<sup>62</sup> Ejemplo: torta (de jamón, de jamón con jitomate y aguacate, de huevo con jamón), quesadillas, tacos de guisado o nopales.

<sup>63</sup> Ejemplo: manzana.

<sup>64</sup> Ejemplo: manzanilla, cedrón, hierbabuena, jengibre, manzanilla, de limón con un pedacito de ajo.

<sup>65</sup> Ejemplo: de leche con manzana, almendras, nueces, con una cucharadita de vainilla y sin azúcar, o de fresa.

<sup>66</sup> Ejemplo: ya sea de piña, apio, perejil y pepino o de zanahoria, betabel, pepino, nopal y limón

<sup>67</sup> Ejemplo: salchicha, chicharrón.

<sup>68</sup> Ejemplo: sopa de pasta y albóndigas, sopa y pollo a la naranja, arroz y enfrijoladas

<sup>69</sup> Ejemplo: puré de papas.

|             |   |   |   |
|-------------|---|---|---|
| Comida      | Entrada: arroz / pasta / sopa de pasta / sopa de verduras <sup>71</sup> / sopa de alguna leguminosa <sup>72</sup> / cremas de verduras <sup>73</sup><br>Segundo plato: guisado o preparación de algún tipo de carne o proteína <sup>74</sup> ; con/sin salsa o caldo, con/sin verduras <sup>75</sup> ; platillos hechos a base de verduras <sup>76</sup> / ensaladas <sup>77</sup> ; leguminosas <sup>78</sup> ; tortillas y postre <sup>79</sup> | Agua de frutas <sup>80</sup> , agua simple o café | Momento del día: entre 2:00 p.m. y 4:00 p.m.<br>Lugar: casa |
| Cena        | Guisado o preparación de algún tipo de carne o proteína, con/sin salsa o caldo, con/sin verduras, o el guisado de la comida <sup>81</sup> ; preparaciones <i>rápidas</i> <sup>82</sup> ; comida comprada en la calle <sup>83</sup> ; lácteos <sup>84</sup> ; pan <sup>85</sup> o tortillas; fruta o botanas <sup>86</sup> .   | Agua simple o té sin azúcar <sup>87</sup>         | Momento del día: alrededor de las 8:00 p.m.<br>Lugar: casa  |
| Intermedios | o Fruta <sup>88</sup> y oleaginosas <sup>89</sup>   | -   | Momento del día: entre                                      |

<sup>70</sup> Ejemplo: tipo bolillo

<sup>71</sup> Ejemplo: caldo de hongos

<sup>72</sup> Ejemplo: habas, lentejas y chícharo.

<sup>73</sup> Ejemplo: zanahoria, espinacas, chayote, calabaza, brócoli.

<sup>74</sup> Ejemplo: pollo, carne, pescado.

<sup>75</sup> Ejemplo: pata de res; tacos de huevo asado y pollo; tortas de avena, soya u hongos; carnitas; mole; pescado empapelado con verduras; pescado empanizado; carne de puerco a la naranja. pescado empapelado, albóndigas, tostadas de tinga de pollo, albóndigas con papa y zanahoria; carne de res entomatada, enfrijoladas (con lechuga y queso), chiles rellenos (asados sin capear, rellenos de queso y guisados en jitomate), albóndigas de res con jitomate, tortas de papa con pescado

<sup>76</sup> Ejemplo: nopales en vinagre; setas encebolladas; nopales con orégano.

<sup>77</sup> Ejemplo: ensalada de zanahoria, ensalada de lechuga

<sup>78</sup> Ejemplo: frijoles, garbanzo.

<sup>79</sup> Ejemplo: pastel

<sup>80</sup> Ejemplo: limón, guayaba, mango, pepino o piña.

<sup>81</sup> Ejemplo: carnitas.

<sup>82</sup> Ejemplo: taco de frijoles, torta de huevo, con carne y pollo

<sup>83</sup> Ejemplo: hot dog

<sup>84</sup> Ejemplo: yogurt (acompañado de fruta o cereal)

<sup>85</sup> Ejemplo: tipo bolillo (tostado, puede ir acompañado de nata o queso) o de dulce, pan tostado (acompañado con requesón y aguacate), tipo tostado (con requesón).

<sup>86</sup> Ejemplo: palomitas

<sup>87</sup> Ejemplo: cedrón y té con crema para café.

<sup>88</sup> Ejemplo: durazno, guayaba, manzana, mandarina y plátano.

<sup>89</sup> Ejemplo: nueces

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

### Imagen 11. Comida cotidiana (Tipología IV)



Fuente: Elena, trabajo de campo, 2021.

Dentro de la alimentación cotidiana, existen momentos especiales que modifican esta cotidianidad; para las mujeres de la tipología I, el consumo de carne, leche, cereales, pan dulce, tamales, cerveza y pulque son parte de estos momentos.

*[...] carne, sí, pero no es diario, cuando se puede, y cereales tampoco no hay diario, suele haber, no sé, a lo mejor, una semana y quince días no, leche, no es diario, [...] pan de panadería, tampoco consumimos diario, de vez en cuando, como el día de hoy traje pan de la panadería, pero ya tenía como unas 2 o 3 semanas que no había comprado pan [...].* (Lorena, 2021)

*Lo único mi debilidad, pero no es del diario, un tamalito por ahí, una concha los fines de semana, una cerveza de repente, un pulque, de repente, no así diario, diario, diario, como hoy, me eché un vasito de pulque.* (Sandra, 2021)

Otro de los momentos especiales, es cuando Lorena visita a su familia, en Dolores Hidalgo, Guanajuato; allá su alimentación consiste en:

*'Allá en mi casa, su casa, en el rancho, pues nada más es sopita, frijoles, arroz, pero allá igual, mi mamá cocc diario un kilo de frijoles, diario eh, no es cada tercer día, es un kilo de frijoles, hace tortillas, sopa, todos los días, ya sea de arroz o aguada, como le llamamos, pero en cuestión de carne, no hay, no hay esos lujos, sí es*

*posible a veces, sí es posible, a la mejor una vez a la semana hay carne, pero no diario, así como plato fuerte, no, entonces, pues, ya, comía uno dependiendo de, también de la situación económica*'. (Lorena, 2021)

Los alimentos que las colaboradoras de la tipología III consumen *de vez en cuando* son el refresco y la barbacoa.

*De vez en cuando se me antoja azúcar y me tomo una Coca light, pero así, pero de vez en cuando*'. (Andrea, 2021)

*De vez en cuando [comemos] barbacoa, un poco y de vez en cuando, pero casi siempre es lo mismo, no comemos ¡jay!, que se nos antojaron unos tacos, que se nos antoja una hamburguesa', ¡no!*'. (Andrea, 2021)

Para las colaboradoras de la tipología IV, estos momentos son los fines de semana, que es cuando toda la familia de Sara se reúne y comen juntos, o en el caso de Elena, en Semana Santa, que comen alimentos especiales para la vigilia.

*Vienen mis hijos cada 8 días y nos juntamos y todo, a veces traen refresco, a veces traen agua, y sí se consume un refresco cada 8 días nada más pero pasado de ahí no, pasado de ahí pura agua simple. [...] La alimentación en los domingos es, por ejemplo, vamos a suponer que este domingo que viene, primero Dios, si yo puedo pues hago una crema de zanahoria o de calabaza y ya mi otro hijo trae unas pechugas empanizadas, el otro trae la ensalada, las tortillas, la salsa y ya nos involucramos y bendito sea Dios todos comemos eso*'. (Sara, 2021)

*Los chuales<sup>90</sup>, por ejemplo, antier comimos, ahorita porque nosotros llevamos la vigilia, el viernes como es vigilia no comemos ni pollo ni carne*'. (Elena, 2021)

Por otro lado, otras cuestiones de salud también determinan la alimentación cotidiana (en el caso de las mujeres de la tipología III): la gota que padece Carolina determina su consumo de carne, y el sentirse mareada y con nervios determina el horario de comida de Andrea.

*A mí sí me gusta la carne, para que le voy a decir que no, sí (risas) me gusta, pero no la consumo mucho porque luego me da la gota, dice la doctora, pero sería eso, me duele, entons si trato de no consumir mucho*

---

<sup>90</sup> De acuerdo con la chef Ana Rosa Beltrán del Río, los *chuales* o *chacales* son un platillo tradicional de Chihuahua, hecho a base de maíz deshidratado resquebrajado, que suele consumirse en temporada de Cuaresma. Fuente: Vega, B. (2021, 26 febrero). *Ana Rosa Beltrán, la chef que preserva la gastronomía rarámuri*. Aderezo. Placer inteligente. [https://aderezo.mx/plato\\_de\\_portada/por-amor-a-nuestra-tierra/](https://aderezo.mx/plato_de_portada/por-amor-a-nuestra-tierra/).

*pero, luego a veces sí, por ejemplo la semana pasada comimos 3 veces carne y ya el fin de semana ya no aguantaba el dedo, ya estaba inflamado, ya estaba rojo, es el ácido úrico*. (Carolina, 2021)

*Voy desayunando como 11:30, y a las 4:00 de la tarde ya como, ¿por qué?, porque ya mi estómago me está pidiendo, entonces, cuando no como a la hora que es, me empiezo a sentir así como mareadita, como que con nervios*. (Andrea, 2021)

Por otro lado, en el caso de Tania (tipología III), los lineamientos de la *dieta* que suele llevar a cabo determinan sus prácticas alimentarias.

*Nunca me salgo de la dieta, si como, a lo mejor me como otra pieza de pollo y como más ensalada, pus de lo que haya, pero siempre respetando en algo, los fines de semana, la dieta. [...] pero le digo, a veces, pecamos un poquito pero ahí vamos, ahí voy*. (Tania, 2021)

Por último, los alimentos locales son uno de los elementos que definen la alimentación cotidiana; por ejemplo, el caso de los nopales.

### **Imagen 12. Comida cotidiana (Tipología I)**



Fuente: Sandra, trabajo de campo, 2021.

En el caso de los colaboradores de la tipología V, su alimentación es llevada a cabo en diferentes circunstancias. Por ejemplo, la alimentación cotidiana de Camilo y Jaime se vio totalmente modificada después de la pandemia. Regresar a Jocotitlán y trabajar desde casa cambió su alimentación, pues, implementaron prácticas alimentarias que no solían realizar debido a la rutina que llevaban en la Ciudad de México: en el caso de Camilo, comer alimentos preparados por su esposa y

su mamá, en casa y con su familia; en el caso de Jaime, comprar y preparar sus alimentos y comer en casa.

### Imagen 13. Comida cotidiana (Tipología V)



Fuente: Jaime, trabajo de campo, 2021.

Se presentan momentos singulares dentro de esta cotidianidad, por ejemplo, cuando surgen compromisos sociales, visitas especiales o los fines de semana.

*[...] hoy me tocó romper la dieta, hoy como un conocido abrió un puesto de antojitos, pues ya me fui a echar un, que dices, a comer unas gorditas, no consumo mucho, así frituras digo, en la calle casi no, pero pues, de tanta insistencia pues, que no perdemos nada con ir si no va a decir que no queremos [...] todos de repente, este dicen, flojeamos de un pie y caemos en la tentación’. (Camilo, 2021)*

*‘Cuando recibo la visita de mis hijos, este, te digo, es cuando generalmente hago algún guiso en especial que ellos me piden ¿no?, por ejemplo, lo de la birria fue un antojo que tuvieron el domingo y pues se los preparé así, este, luego me piden, no sé, un espagueti y yo se los preparo o algunos mariscos se los preparo, pero eso generalmente son los fines de semana y es cada quince días cuando vienen mis hijos’. (Jaime, 2021)*

*[Respecto a la comida a domicilio] [...] sobre todo es, por ejemplo, de antojo de fin de semana que mis hijos quieren una pizza ¿no?, o sea, ahí es cuando si consumimos, pero no, generalmente no, no pedimos [...]’ (Jaime, 2021)*

Ricardo y Mario, a pesar de la pandemia, continuaron trabajando en sus centros de trabajo y llevando la rutina que llevaban antes de la pandemia. Por lo que, ellos realizan algunas comidas en casa, pero también en sus trabajos.

A continuación, se presenta la alimentación cotidiana de los colaboradores de la tipología V.

**Tabla 26. Alimentación cotidiana (tipología V)**

| <b>Tiempo de comida</b> | <b>Alimentos</b>   | <b>Bebidas</b>                                  | <b>Particularidades</b>                                     |
|-------------------------|--|---|---|
| Desayuno                | Pan  | Café: con leche, descafeinado, con azúcar<br>Té | Momento del día: en la mañana<br>Lugar: casa                |
| Almuerzo                | Arroz<br>Guisado o preparación de algún tipo de carne o proteína, en salsa o caldo, con verduras <sup>91</sup><br>Tortillas  | Agua simple<br>Café                             | Momento del día: alrededor de las 10:00 a.m.<br>Lugar: casa |
| Comida                  | Entrada: arroz / sopa de pasta / sopa de verduras / sopa de alguna leguminosa <sup>92</sup> / cremas de verduras <sup>93</sup><br>Segundo plato: guisado de algún tipo de carne o proteína <sup>94</sup> , en salsa o caldo, con verduras <sup>95</sup><br>Platillos hechos a base de verduras <sup>96</sup> / ensaladas<br>Picante <sup>97</sup><br>Tortillas | Agua de frutas<br>Agua simple<br>Refresco       | Momento del día: alrededor de las 4:00 p.m.<br>Lugar: casa  |
| Cena                    | Pan<br>Preparación de algún tipo de carne o proteína, en salsa o caldo, con verduras / el guisado de la comida / comidas ligeras <sup>98</sup>   | Café<br>Té                                      | Momento del día: en la noche<br>Lugar: casa                 |

<sup>91</sup> Ejemplo: enchiladas y chiles rellenos.

<sup>92</sup> Habas, lentejas o chícharo.

<sup>93</sup> Ejemplo: zanahoria, espinacas, chayote, calabaza y brócoli.

<sup>94</sup> Carne o proteína: cerdo, borrego, res y conejo; aves y derivados: pollo, pato, guajolote y huevo; industrializados: embutidos (jamón) y enlatados (atún); lácteos: queso de rancho; y pescado.

<sup>95</sup> Ejemplo: tortitas de coliflor en caldillo de jitomate, caldo de pollo con verduras, birria de res, setas encebolladas y carne de puerco a la naranja.

<sup>96</sup> Ejemplo: nopales en vinagre o con orégano.

<sup>97</sup> Ejemplo: chile manzano en rebanadas.

<sup>98</sup> Ejemplo: sándwich de atún.

| Tortillas                |  |   |
|--------------------------|--|---|
| Intermedios o colaciones | Fruta <sup>99</sup> o verdura <sup>100</sup> | Momento del día: entre las comidas principales<br>Lugar: casa y trabajo |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

Así mismo, los alimentos de temporada, al igual que las mujeres, son uno de los elementos que determinan la alimentación cotidiana.

[...] *aborita que es este temporada de, que hay mucho quelite y eso, pues combinamos ambos alimentos, aborita los estamos combinando, es como te digo, ahora, los siguientes meses lo que es este, julio - agosto - septiembre, no sé, a lo mejor octubre, que hay mucho hongo, pues es lo mismo, combinar esos con un poco de, a lo mejor carne, para compensar un poco las proteínas [...]*. (Camilo, 2021)

## 2.4 ALIMENTACIÓN Y TRATAMIENTO CON INSULINA

Casi la mitad de las y los colaboradores llevan tratamiento con insulina, la cual, determina algunas de sus prácticas alimentarias. Al momento de la entrevista, Isabel empezaba su tratamiento con insulina NPH, que consistía en aplicarse 8 unidades de insulina en la mañana y 5 en la tarde. Isabel empezó un registro de sus glucosas capilares en ayunas y de lo que comía para hacer una relación de cuáles alimentos le incrementaban o disminuían los niveles de glucosa, de igual modo, registraba otros datos, por ejemplo, cómo se sentía. La implementación de este registro surge del interés hacia su salud.

*No sé por qué tengo eso de estar constantemente viendo, aborita más, me interesa mi salud y si estoy tratando de ver qué cambios tengo, cómo me he sentido y eso*. (Isabel, 2021)

Para Isabel, la insulina es una *sustancia desconocida* que *entra a su organismo* y le genera reacciones, como: la inestabilidad de sus niveles de glucosa, agotamiento y la *necesidad de comer*.

*El martes tenía 233, el lunes tuve 251 y hoy que me la tomé en la mañana tenía 246, o sea que 'horita está así como que, no sé si porque [en] mi cuerpo no había sustancias que entran al organismo desconocidas, o sea, ya mi cuerpo se había acostumbrado a una pastilla, dos pastillas del hematólogo ¿no? y una metformina qué sé yo y de repente otra cosa, pues yo creo que sí tiene reacción el cuerpo, no sé*'. (Isabel, 2021)

<sup>99</sup> Ejemplo: una manzana.

<sup>100</sup> Ejemplo: zanahoria rallada.



*'El lunes que sí comí más fruta por decirlo, se me antojó, le digo a mi mamá que no sé si era reacción de la primera dosis de la insulina, pero sentí así como una necesidad de comer, de estar comiendo así a cada ratito, yo antes no había sentido eso, entonces después de desayunar me comí un durazno y luego en el almuerzo me hice un licuado de fresa, y luego ya en la tarde me volví a comer un durazno o una guayaba, no recuerdo, pero sí comí fruta, o sea, antes no se me antojaba o no tenía la necesidad de comer como que una fruta'. (Isabel, 2021)*

En el caso de Ricardo (tipología V), después de que inició el tratamiento con insulina, *no hubo cambios drásticos* en su alimentación, *nada más, la disminución de alimentos, de la ingesta de grasas y azúcares, y el mayor consumo de verduras*. Por otro lado, Camilo tiene experiencia en este tema, pues una de sus tías padece diabetes y recibe tratamiento con insulina.

*'Tengo una tía que usa más Splenda®, Canderel® y eso, pero como, su estado de ella ya es un poco más avanzado, pues ya en definitiva ya ni los endulzantes usa, ya todo lo consume sin glucosa, la única glucosa que llega a consumir es en las frutas [...] por su mismo estado de diabetes ya tiene que consumir insulina [...] al estar conviviendo con ella, mi alimentación que tengo con ella pues es muy diferente, allá, no consumes prácticamente o no utilizas casi el aceite para cocinar, ya casi todo es al vapor, sí, cambia mucho el sabor porque no es lo mismo que le coloques aunque sea 1 o 2 gotitas de aceite nada más para sofreír aunque sea un poco, pero a que no le coloques nada y nada más sea con sus puros jugos del alimento, pues sí varía mucho el sabor'. (Camilo, 2021)*

Así mismo, Carolina (tipología III), quien también se aplica insulina como tratamiento para la diabetes; refiere que la dificultad que le genera este tratamiento es que en algunas ocasiones tenga que comer aunque ya esté *satisfecha*.

*'Yo por la insulina, porque luego a veces si me siento satisfecha, hijole y ya no quiero nada, pero por la insulina, pues tengo que tomar algo, entonces nada más me tomo media tacita de leche con media de agua y tantito cereal, esa es mi merienda'. (Carolina, 2021)*

Por último, para Sara, la insulina es un elemento que determina sus horarios de alimentación.

*'Yo aborita [en la noche] me como dos rebanadas de pan tostado y mi taza de té pero, mi insulina me la tengo que poner a las 7 [p.m.] para estar merendando de 8 a 8:30 [p.m.], y ya no puedo tomar nada hasta el otro día'. (Sara, 2021)*

## 2.5 ALIMENTACIÓN EN EL TRABAJO

Para Lorena (tipología I), el trabajo representa una dificultad para alimentarse, ya que, tiene que pasar entre 9 y 10 horas sin comer y esto le ha generado una *descompensación*.

[...] *cuando yo ingreso a trabajar, todo un año anduve de chofer de la gerente, y fue cuando yo me di cuenta que empecé a volver a subir de peso, pero porque no comía, nosotros salíamos desde las 9 de la mañana y ya hasta que llegábamos aquí a su casa hasta las 6 - 7 de la tarde, ya yo tomaba un alimento, entonces fue cuando me empecé como que a descompensar nuevamente*'. (Lorena, 2021)

Por otro lado, como ya se mencionó, a Camilo y a Jaime (tipología V) les detectaron diabetes durante el confinamiento; en el momento de la entrevista, ellos trabajaban desde casa, por lo que, su alimentación en el trabajo es similar a la alimentación cotidiana. Excepto cuando Jaime llega a ir a su oficina (ubicada en la Ciudad de México), entonces procura hacer comida y llevarla en tópers, cuando no puede, acude a restaurantes.

Por otro lado, el caso de Ricardo (tipología V) es particular, pues en su trabajo no hay comedor ni venden comida, pero sí hay un espacio *para calentar los alimentos*, por lo que, él *lleva la comida que le pone su señora*, lo que significa que su alimentación en el trabajo es similar a la que lleva en casa. Ricardo trabaja de noche, por ese motivo, y dado que la pandemia de COVID – 19 resaltó la vulnerabilidad de las personas que padecen diabetes, tiene un horario específico de alimentación.

*Trato de llevar cierto horario para no tener un trastorno alimenticio, pues, porque igual ahí en el trabajo ya me daban horario a mí como diabético o como persona vulnerable, para salir a comer, para no, digamos, tener algún problema con la alimentación precisamente*'. (Ricardo, 2021)

## 2.6 ALIMENTACIÓN EN FIESTAS O EVENTOS IMPORTANTES

Una de las medidas para prevenir el contagio de COVID – 19 es evitar las reuniones con mucha gente, por lo que, desde el inicio de la pandemia se ha recomendado no asistir a fiestas o a eventos con aglomeración de personas. De modo que, realizar un comparativo de la forma de alimentación en las fiestas antes y después de la diabetes no fue viable. Sin embargo, los alimentos y las bebidas referidas que se suelen consumir en las fiestas son: arroz o espagueti, mole rojo o verde con pollo, frijoles, carnitas, tortillas, agua de jamaica, refresco y pastel. Por otro lado, Jaime refirió realizar cambios en su alimentación en fiestas, como: comer en menos porción, preferir la *carne magra*

en vez de piezas grasosas que antes le gustaban mucho (como *los cueritos, la falda, la barriga y todo eso*) y comer pastel solo en fiestas.

En el caso de las mujeres de la tipología III, cuando ellas acudían a fiestas o reuniones, la convivencia y su significado social influía y determinaba sus prácticas alimentarias, por lo que, ellas ajustaban su forma de comer a la comida disponible, en general, procuraban comer poco o tomar poco refresco.

*'Yo comía de todo [en las fiestas], lo que me daban, porque pues decía 'ay, cómo voy a llegar y decir 'ay no como esto', no, yo comía de todo pero claro que poco, que el molito, que esto, que el otro, que el arrocito, que si daban carnitas, pues no comía mucha grasa pero, de todo, [...] no exagerado, poco'. (Andrea, 2021)*

*'Yo pienso, a lo mejor estoy mal, pero, yo pienso que yo no cambiaría mi forma de mi alimentación, porque en las fiestas, luego a veces cuando no hay agua sí me tomo un vasito de refresco, pero uno nada más, y eso chiquito, o si no, medio vaso y me aguanto hasta que llego aquí a la casa y ya empiezo a tomar agua, agua, agua, y ya. Pues igual, en las fiestas ya ve que por lo regular dan carnitas o dan barbacoa o que esto, nosotros éramos muy dados a que dos veces a la semana todos mis cuñados comíamos aquí en la casa y después a otro le tocaba en su casa, pero es comida igual, como yo la guiso, como lo que comemos aquí, es comida normal'. (Carolina, 2021)*

Para las mujeres de la tipología IV, la diabetes y las complicaciones derivadas de la misma, son factores que determinan sus prácticas alimentarias en las fiestas; sin embargo, llevar a cabo estas prácticas ha significado exclusión.

*'Íbamos a la casa de mi hijo, hacían por ejemplo arroz o pollo o carne, sí me la comía pero no tomaba refresco, tomaba agua simple y no podía comer pastel, no lo comía, que no podía comer otra casa, pues no comía aunque ellos [su familia] lo comieran, pero se le va quitando el antojo a uno, de comer las cosas que no puede uno comer'. (Sara, 2021)*

*'Después de la operación del cora, porque me dio en el 2010 un pre infarto, entonces a raíz de eso ya no comí ni carnitas, ni barbacoa, inclusive yo llevaba mi comida a las fiestas, llevaba mis toppers de mi comida sin sal y sin nada, porque a partir del 2010 ya no comí nada de eso, pero después como se veía medio mal, opté por comer nada más frijoles, nopales y arroz y ya no me comía ni las carnitas o barbacoa, solo pedía el mole, sí comía'. (Elena, 2021)*

*'Cuando me servían le decía 'nada más déjenme el plato', y ya me vaciaba mi comida en los platos, entonces, pues yo sentía que decían 'vieja payasa' o ya ves que a veces la gente es así, cuando era mi familia a los eventos que iba, pues, comprendían, pero cuando iba a otros que no sabían de mi estado de salud, pues sí se veían así como que '¿qué onda?', ¿no?, pero sí ya después [opté] por ya no llevar comida, porque llevaba mi brócoli, o sea, mi verdura, mi arroz o sopa así, y guisado, o sea, todo, pero sin grasa y sin carne, a veces'. (Elena, 2021)*

## **2.7 ALIMENTACIÓN FUERA DE CASA**

Comer fuera de casa no fue una práctica usual en Lorena (tipología I), debido a la cuestión económica y a las dificultades que genera en la toma de medicamentos.

*'Una hamburguesa aquí cuesta 120, 150, tonnes, pues ya cómo, somos 4, imagínese, 600 en una hamburguesa, pues no hay para eso, no hay para eso la verdad, y pues eso es triste'. (Lorena, 2021)*

*'Aborita el medicamento que me recetó la doctora, tiene que ser media hora antes de comer, entonces, aquí en casa cuando estoy cocinando, yo digo 'ok, el arroz va a estar como a las 3', ok, entonces me tomo mi pastilla a las 2 y media, y ya comemos a las 3, pero cuando ando en la calle, como, por decirlo, el día de hoy que no me tomé ni una pastilla en todo el día, pero, me siento así como, desde temprano no me sentí bien'. (Lorena, 2021)*

En caso de Isabel (tipología I), ella come fuera de casa cada 15 o 20 días, los alimentos que suele comer son carnitas y barbacoa, sin embargo, procura comerlos con moderación, pues, la carne de cerdo le genera problemas gastrointestinales por el exceso de grasa. Por otro lado, esta práctica es vista como una forma de *consentirse* y de *darse un gusto*.

*'Hay veces que nos consentimos, a veces que las carnitas, pero digamos que, procuramos que no cada 8 días, cada 15 o así para que, porque pues también yo creo por los medicamentos, yo desde niña he tenido problemas, o sea que sí ya me paso de grasa, mi estómago empieza a responder, desde niña he tenido problemas gastrointestinales, [...] también así que digamos que cada 8 días, sábado, domingo, comer carnitas o barbacoa, pues no, o sea, también sí darnos nuestro gusto pero no exagerarle cada 8 días, a lo mejor sí en la semana comimos carne de puerco, pues el fin de semana no, porque ya comimos una vez a la semana carne de puerco'. (Isabel, 2021)*

En los colaboradores (tipología V), la alimentación fuera de casa (después de la diabetes) no fue algo cotidiano; más bien, la refirieron como una práctica que realizan en situaciones especiales (para cumplir con algún compromiso social), de manera ocasional (en caso de salir y no llevar comida) o una práctica que han disminuido, como en el caso de Ricardo.

[...] *sí he seguido consumiendo, pero ya no como antes, sí antes era, carnitas 2 o 3 veces a la semana, pues 'horita a lo mejor es una vez al mes [...]. [...] antes sí salíamos seguido a Atlaco o a Ixtlahuaca, [nos] echábamos unos taquitos, una torta o algo; ahorita, desde antes de la pandemia ya era menos el consumo pues, se podría decir, ya no era como antes'.* (Ricardo, 2021)

Los lugares referidos para comer fuera de casa fueron: *puesto de antojitos* y restaurantes; los alimentos que se consumieron fuera de casa fueron: *gorditas, carnitas, taquitos y tortas*.

Así mismo, comer fuera de casa no es una práctica cotidiana entre las colaboradoras de la tipología III, se llega a hacer en caso de salir de viaje, de recibir la invitación de alguna amistad o de visitar a algún familiar, como el caso de Carolina y Andrea, quienes solían visitar a sus hijos e hijas en EE. UU., no obstante, ellas refieren que su alimentación era similar a la que llevaban en sus casas en Jocotitlán.

*'Cuando yo iba a Estados Unidos, todos piensan que es comer hamburguesas, pizzas, todo eso, pero no, en la casa de mi hijo se guisaba igual que aquí y comíamos igual, mis 3 tortillas del almuerzo, mis 3 tortillas de la comida y pues ya mi meriendita en la noche'.* (Carolina, 2021)

Por otro lado, en cuanto a las mujeres de la tipología IV, Sara refiere que ella no come fuera de casa; por otro lado, Elena con frecuencia come fuera, los lugares a los que suele acudir son: restaurantes, restaurantes de comida china, de pollo *Kentucky* y de tacos. Cuando come en estos lugares, como forma de atención a la diabetes y a la aterosclerosis, Elena lleva a cabo determinadas prácticas alimentarias, como:

- Consumir mucha verdura y fruta
- Pedir la carne asada, sin grasa y sin sal
- Pedir el pescado sin grasa, sin sal y sin aderezos
- Pedir el filete de pescado asado o la plancha, sin sal
- No comer carne de puerco o derivados
- Comer como guarniciones arroz, frijoles y ensalada
- Tomar agua natural

Elena describe la forma en la que pide sus alimentos cuando come en algún restaurant: sin grasa, sin sal, sin aderezos, asados o a la plancha y con mucha verdura; así mismo, ella refiere que ya se acostumbró a comer sin sal.

*'Por lo regular me gusta ir a restaurant para que me den verdura, carne asada, o sea, les pido, o cuando voy a comer tacos, les pido 'denme un taco de bistec sin grasa, no le pongan sal y no le pongan grasa, con una tortilla y verdura', o un pescado, ya les pido 'denme un filete sin grasa, sin sal y sin condimentos', porque luego a veces los aderezos que le ponen están dulces o están salados y así es como yo les pido la comida, y pues póngale mucha guarnición, mucha verdura'. (Elena, 2021)*

*'Fuimos a comer comida china y comí tantito caldo de, no sé qué, pero no me gustó mucho porque está medio agridulce y comí brócoli, zanahoria, calabacitas a la plancha, como 4 camarones que hacen ahí a la mantequilla y comí pollo, pero no me gusta mucho porque está medio dulce y un vaso de agua y de postre comí sandía con papayas, eso fue en la comida'. (Elena, 2021)*

*'Voy a un restaurante y 'no, está muy salado', entonces ya qué hago, pues pido mi comida sin sal, porque no puedo comer sal, porque a mí me hacen mi comida sin sal, ya me acostumbré, entonces ya voy a un restaurant, pues pido mi comida sin sal. O sea, es cuestión de que nuestro paladar se va acostumbrando a ciertos sabores y ya ahí no tolera después lo demás'. (Elena, 2021)*

De igual forma, evita algunos ingredientes, como el tocino y la cátsup, sin embargo, ello le ha generado que juzguen su forma de alimentarse.

*'Catsup, tampoco como porque me dan agruras, está dulce, yo cuando voy pido un hot dog, pues ya les digo 'póngale mucha verdura, no le ponga tocino, no le ponga cátsup', así digan 'aaaay, jay, nada que ver!' pero pues, yo no como eso, o sea, yo evito comer'. (Elena, 2021)*

Así mismo, Elena suele viajar constantemente; debido a la diabetes y a su cirugía del corazón, Elena ha implementado algunas medidas de atención y cuidados cuando viaja, como: llevar consigo un glucómetro, un baumanómetro y procurar comer *balanceado*, de acuerdo con lo que le han recomendado las nutriólogas y médicas/médicos con quienes ha acudido a atender su estado de salud. Sin embargo, comer fuera le ha generado algunas dificultades, como: la falta de disponibilidad de comida preparada sin sal y el descenso de sus niveles de glucosa, situación que le generó una descompensación que tuvo que resolver.

En la búsqueda de *comer balanceado* mientras viaja, Elena optó por: comer mucha verdura, comer fruta, aceite de oliva; preferir determinados alimentos de origen animal, como el pescado, los huevos duros, *carne libre de grasa*; evitar el consumo de alimentos con sal (en la medida de lo posible), postres, azúcar, refresco; comer *nada de grasa*; reducir el consumo de lo que sabe que le *hace daño*, como la pasta; tomar agua y tomar vino. Otras prácticas que realizó Elena para la atención a su salud fueron: caminar mucho y medir sus niveles de glucosa.

Elena procura llevar a cabo todas estas prácticas, pues, antes de su cirugía de corazón ya había viajado y, de acuerdo con sus palabras, *se excedió mucho, no cuidó su dieta*, por lo que, subió 4 kilos y regresó *muy mal*. Durante ese viaje, Elena comió mariscos, queso, cerveza, pan, cabrito (carne de borrego), vino dulce, postres, bebidas dulces y no consumió aceite de olivo, el cual le ayuda a tener una mejor digestión.

## 2.8 DIFICULTADES EN TORNO A LA ALIMENTACIÓN

Las principales dificultades referidas por Isabel y Lorena (tipología I) se relacionan con la necesidad de orientación, con el aspecto económico y con la cotidianidad.

Respecto a la necesidad de orientación.

[...] *sí necesitamos una orientación, más que nada, desde que nos dan el diagnóstico*'. (Isabel, 2021)

Dentro de las dificultades relacionadas al **aspecto económico**, sobresale la situación económica mal pagada y lo que ello genera en la compra de alimentos (como leche, cereales, jamón, pan y yogur), en salir a comer fuera de casa, en *comer con lo que alcanza* y en las repercusiones que tiene para llevar una alimentación especial para la atención a la diabetes.

*'Aquí a veces carece uno, por lo mismo de que está mal pagada la situación, pues no puedes darte el lujo de tomar leche diario o de, es más, comprarte una hamburguesa [...] porque una hamburguesa aquí cuesta 120, 150, somos 4, imagínese, 600 en una hamburguesa, no hay para eso la verdad, y pues eso es triste*'. (Lorena, 2021)

*'Aborita que él [su esposo] está desde octubre, pues es cuando le digo 'mira, date cuenta y quiero que sepas que a mí el dinero que tú me depositas, pues no me queda como para ir a una tienda comercial a surtirme de cereales, leche, papel, jamón, pan bimbo, yogurs, no, todo eso no*'. (Lorena, 2021)

*'No es así que estemos bien, en este sentido y pues así como para hacer dieta para lo del azúcar, pues a veces no, porque, le digo que para hacer una dieta así que diga 'ok, un diabético, pues no debe de comer, eh, frutas dulces, o no debe de tomar café, no debe de consumir refresco, chocolates, no debes de comer harinas', pues sí, pero sí tu economía no te alcanza, pues come lo que tienes, tenses, una dieta así como rígida, pues no, no podemos tener, porque, sí puedes tener la dieta, el punto es que no tienes para tener la dieta, entonces, se acostumbra uno, comer porque hay o lo que te alcanza'.* (Lorena, 2021)

*'El nutriólogo nos decía que teníamos que seguir una dieta, pero, como le vuelvo a repetir, sí no hay para la economía, pues también a lo mejor él me decía 'vas a comerte un pan tostado con queso cotagge, o con una manzana o' y ¿pues de dónde agarra uno a veces para eso?, le digo, a veces uno no lleva la dieta y no compra porque, yo hasta le digo a mi esposo, 'pues yo para adelgazar voy a comer pura carne sola, sin tortilla y sin nada, diario', pues no lleva tortillas, no lleva frijoles 'y agua', pero luego me da risa y dice '¿y luego si no tienes pa' comprar la carne?, aunque haya frijoles pues vamos a comer'.* (Lorena, 2021)

Respecto a las dificultades relacionadas a la **vida cotidiana** sobresalen aquellas que tienen que ver con el trabajo y con el aspecto familiar.

*'Hace como un mes que me mandaron a hacer análisis, estaba en 225 [...], como le comenté, hacemos dulces tradicionales, dulces de leche, la calabaza, o sea, todo eso sí tiene mucha azúcar, entonces al estar haciéndolos, pues probando, y de hecho mi hematólogo me decía 'es que a lo mejor yo no digo que sí los tengas que probar, pero para mí mejor escúpelos, no te los pases (risa), porque entonces eso es lo que también te está provocando [el incremento en los niveles de glucosa]'.* (Isabel, 2021)

*'[...] tiene que hacer uno 2 colaciones y 3 comidas, a veces quisiera uno tiempo hasta para ir al baño cuando uno anda trabajando, tenses ¿en qué momento va a ponerse uno cómodo y comer y sentarse?'* (Lorena, 2021)

*'Pues sí porque aborita, pues como todos, o sea yo vivo con mis papás, pues obviamente tenemos que comer todos, o sea no podemos, es difícil hacer este como que una comida especial para ti, una para nosotros, pues ya como los 3 somos diabéticos como que tenemos que entrar en la misma modalidad de comer'.* (Isabel, 2021)

Las dificultades en torno a la alimentación que presentaron los colaboradores de la tipología V se dieron en diferentes aspectos de su vida. La familia está fuertemente involucrada en la alimentación de los colaboradores, ya que es considerada una red de apoyo en la atención de la enfermedad; hacer que la familia se involucre en su alimentación puede representar una dificultad.



*[...] si no puedes hacer que la familia entre en esa, en ese régimen, tenlo por seguro que tú no vas a salir adelante, 'hora sí, ahí si necesitas el apoyo de tu familia para que sí puedas llevar a cabo todo el proceso para este, controlar tu alimentación y todo lo que con ella repercute, pero sí, hay que pedir mucho apoyo de la familia, ya desde ahí si ellos, este dicen, lo que consumes tú consumimos nosotros, ya es una gran ayuda, y si no pues este te tienes que adaptar a lo que consuman ellos'. (Camilo, 2021)*

Por otro lado, la estructura familiar y sus dinámicas son determinantes en el proceso alimentario. Las características de los miembros de la familia son un elemento que define las formas de alimentación de una familia. Sí bien los significados de 'régimen alimentario' pueden variar, la presencia de niños en la familia representó una dificultad para realizar cambios respecto a las prácticas alimentarias.

*'Aquí en casa sí, no te voy a decir que fue muy drástico porque, digo más que nada por los niños, porque si se realiza este cambio así tan severo, pues luego no quieren comer, digo para ellos, a veces dices bueno, en caso para la familia si se les hace un poco complicado tener que preparar 2 comidas, 'hora sí diarias, que hacer una sola'. (Camilo, 2021)*

Otro aspecto que genera dificultades en torno a la alimentación es la cuestión económica.

*[...] hay veces que lo económico [...] hay veces que uno quisiera comer, como debe uno de comer ¿no?, pero, pues hay veces que no nos alcanza, ahí es donde, pues no lleva uno una buena alimentación'. (Ricardo, 2021)*

*[Refiriéndose a los alimentos de una comida saludable] [...] lo que Dios nos socorra, principalmente, porque hay veces que, siendo realistas a como está aborita la situación pues no siempre podemos llevar, una dieta como nosotros quisiéramos ¿no?, hablando en término reales, pero sí, este, tratamos, o yo trato de apegarme a la dieta lo más que se pueda'. (Ricardo, 2021)*

El hambre es otra dificultad que conlleva la alimentación en diabetes, pues, además de generar emociones como la ansiedad o cambios de humor, el hambre tiene que ser contrarrestada, por lo que también para ello se deben generar formas, como *matar el hambre*. Por otro lado, ajustar la cotidianidad a los nuevos cambios en torno a la alimentación también genera inconvenientes, por ejemplo, comer fuera implica preparar comida en casa, llevarla en tópers o comer en restaurantes.

Otros factores, como aceptar la enfermedad, implican ya una dificultad, así también, cambiar un hábito que lleva realizándose por varios años.

*[...] se me ha hecho difícil, este, llevar eso a cabo [las recomendaciones de alimentación], porque sigo consumiendo mucho, la Coca, mucho pan, mucho café y los cacahuates [...] casi mi vida siempre ha sido de mucho refresco, mucho refresco, no hay 2 - 3 días que aguante sin tomar una Coca [...] pero toda mi vida, yo creo que tengo como, 40 años tomando refresco. [...] Seguimos comiendo normal, o sea, ya le bajamos un poco más, un poquito al pan ella [Sandra], porque yo me es difícil, no sé, pero me es difícil'. (Mario, 2021)*

Las principales dificultades referidas por Carolina y Andrea (tipología III), son el tener que comer diferente al resto de la familia y llevar una disciplina en torno a la alimentación.

*'El que tenga uno que hacerse su alimentación aparte, para mí eso muy difícil porque, vivimos mi esposo y yo, entonces imagínese, hacerle comida a él y hacer comida para mí, para mí eso es lo difícil. [...] si bago, por decir, 2 guisaditos comemos lo mismo'. (Carolina, 2021)*

*'Fue poco a poco ir cambiando el tipo de alimentación y hasta la fecha, pues, tengo que estar pendiente de, de que esto no, que esto sí, pero es muy difícil, es lo más difícil, solamente cuando la llego a tener alta entonces sí le bajo totalmente, pero normalmente pues ahí voy, ahí voy'. (Tania, 2021)*

*'Llevar la disciplina [de lo] que debe de comer uno para que esté mejor uno, le digo que no se puede'. (Andrea, 2021)*

Respecto a las dificultades en torno a la alimentación que presentaron las mujeres de la tipología IV, Sara refirió que tener que abstenerse de comer algún alimento que está a su disposición, es decir, tener *tentación* hacia algún alimento, representa una dificultad.

*'Para mí, la dificultad para comer sería, no probar nada, que uno se acostumbre a no comer. Por ejemplo, que mis hermanas traen un pastel o gelatina o unas galletas y eso, yo digo que, no me lo voy a comer ni nada, sino nada más probarlo o definitivamente decirles que no, pero sí se me hace muy difícil dejar de comer pastel o las galletas o una gelatina, pero sí lo pruebo pues nada más le daría 2 o 3 probaditas, y ya se le quita a uno la tentación'. (Sara, 2021)*

Por otro lado, las principales dificultades que Elena presenta se dan cuando come fuera de casa, ya sea porque asiste a una reunión o fiesta, a un restaurant o a un establecimiento de comida, o porque sale de viaje. Elena ha implementado determinadas prácticas alimentarias para el cuidado a la

diabetes y a su cirugía del corazón, sin embargo, esto le ha generado diversas dificultades, como tener que adaptar las condiciones externas a sus necesidades y aprender a vivir con ello.

*'Yo cuando voy pido un hot dog, pues ya les digo 'póngale mucha verdura, no le ponga tocino, no le ponga cátsup', así digan 'aaaay, ¡ay, nada que ver!' pero pues, yo no como eso, o sea yo evito comer. [...] Les digo 'ay, yo no tengo la culpa de que a mí me haga daño, y además, cero me gustan'. O sea, por eso te digo 'no se me antoja', porque yo pienso que ya mi mente está predispuesta, o sea, yo ya me hice la idea que yo ya no debo de comer eso, yo como les digo 'yo en mis tiempos, yo comí mucho, de todo, pues ahora ya, ni modo ya no se puede''. (Elena, 2021)*

## **2.9 PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y ESTUDIOS DE LABORATORIO**

Los colaboradores de la tipología V refirieron no modificar sus prácticas alimentarias antes de realizarse estudios de laboratorio, pues prefieren que *'salga realmente lo que tiene que salir'* (Ricardo, 2021).

*'En mi caso no, procuro, seguir con el mismo hábito de alimentación y demás, porque pues dices tú, si lo vas a hacer para que en tus estudios salgas bien y ya pasando los estudios vuelves a consumir lo que estabas consumiendo antes, pues no tiene caso, mejor dices, prefiero que si me dicen que, que estoy no sé, alto de triglicéridos que sea porque, no sé, anduviste comiendo, no sé, a lo mejor más carnes o no sé, cualquier detalle así, a que por querer salir bien pues metas otra medición 'hora si errónea que debería salir'. (Camilo, 2021)*

Las mujeres de la tipología III refieren no cambiar sus prácticas alimentarias antes de realizarse análisis clínicos.

*'Cuando tengo consulta en el seguro, no cambió la dieta, sigo [comiendo] lo mismo, no tiene caso, me haría tonta en no comer 2 - 3 días para ir hacerme los estudios, la realidad tiene que ser, esta eso, realidad'. (Tania, 2021)*

Por otro lado, de acuerdo con Andrea, esta práctica no es necesaria, pues ella come lo que *debe de comer*.

*'Ya sé qué es lo que debo de comer, le digo que realmente yo, cada mes voy a mis citas y ya me toman lo de, la toma del azúcar y todo eso, pero como lo que podemos comer, pero no mucho, tampoco como así que mucha grasa, no, no debe de comer uno mucho'. (Andrea, 2021)*

Por último, las mediciones de los niveles de glucosa son frecuentes para Sara y Elena (tipología IV), por lo que, además de la alimentación, ellas prestan atención a otros elementos que pueden variar sus niveles de glucosa.

*‘El 5 de febrero me hice análisis y salí con 130 de azúcar, 105 de colesterol y 104 o 100 de triglicéridos, o sea, estaba perfecta, todo muy bien, hasta que empecé, me dijo el doctor que ya tenía pequeños rasgos de infección de vías urinarias’.* (Elena, 2021)

## 2.10 ALIMENTACIÓN PARA DISMINUIR *EL AZÚCAR*

Las y los colaboradores de las tipologías llevan a cabo determinadas prácticas de atención para disminuir *el azúcar*, esta se describe en la siguiente tabla.

**Tabla 27. Alimentación para disminuir *el azúcar* (tipología I y V)**

| <b>Alimento o bebida</b>                          | <b>Finalidad</b>  | <b>Forma de consumo</b>   |
|---|---|---------------------------|
| Nopal   | Disminuir los niveles de <i>azúcar</i><br>Sentirse más ligero | En ensaladas              |
| Licuada de avena con agua, manzana verde y canela | Cuidado de la diabetes  | En el desayuno            |
| Piña  | Contrarrestar la diabetes (a través del ácido de la piña)     | En el desayuno            |
| Té amargo de peshtó <sup>101</sup>                | Sentirse bien   | En ayunas, todos los días |
| Pulque  | Dar fuerzas<br>Dar vida                                       | De vez en cuando          |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

El consumo de estos alimentos y bebidas, en su mayoría, son recomendaciones para la atención a la diabetes hechas por parte de la familia (como el té y el pulque que Sandra le obliga tomar a Mario), por familiares cercanos (como la recomendación de comer piña por parte de la mamá de Jaime) o recetas retomadas del pasado, las cuales se complementan con información actual (el caso del licuado de avena, que a Jaime le gustaba cuando era niño y retomó pues en ‘El Plato del Bien Comer’ recomiendan el consumo de avena). Estos alimentos se caracterizan por ser accesibles a las y los colaboradores y a sus familias.

[Describiendo la forma de preparar el té] *me voy a cortar un pedacito de peshtó, una ramita, una cabecita, sin azúcar y lo hiervo y me lo tomo en ayuna [...] voy y lo corto en el solar [...]*. (Sandra, 2021)

<sup>101</sup> Planta utilizada con fines terapéuticos.

De igual modo, se reconoce la eficacia al realizar estas prácticas.

*'Hoy por decir, yo me sentí así como un poquito desganada, cuando me siento así, yo me tomo un pulque, unos 2 vasitos o un litro, pero no así todo de un jalón, me lo voy tomando en transcurso de todo el día, así sean las 8 de la noche, todavía me echo un vasito y pues eso me ayuda mucho y mi medicamento, [...] me siento con mucha fuerza, con muchas ganas, la verdad sí, así me siento, y era lo que le iba decir a él [a su esposo, Mario], 'yo mañana me voy a comprar un pulquito porque hoy me sentí muy desganada', y yo tenía un pulque ahí reservado que no me lo acabé el, no sé qué día, porque ya estaba muy fuerte, y así me lo tomé porque a mí me gusta así, amargo y fuerte, y sí, fíjate que me sentí muy bien y ahorita me siento muy bien, y en mis estudios no he salido así mucho muy alto, lo normal'. (Sandra, 2021)*

Por otro lado, las mujeres de la tipología III refirieron el consumo de determinadas bebidas para la atención a la diabetes, estas se describen en la siguiente tabla.

**Tabla 28. Alimentación para disminuir el azúcar (tipología III)**

| <b>Alimento o bebida</b>                                | <b>Finalidad</b>   | <b>Forma de consumo</b>   |
|---|--|---|
| Licuada de nopal con un limón y 2 tomates               | Atender el <i>azúcar alta</i> y sus síntomas: boca seca, habla <i>pastosa</i> y sed          | Se toma cuando se presentan los síntomas del <i>azúcar alta</i> |
| Agua de limón con un pedacito ajo                       | Evitar que se <i>complique</i> la diabetes<br>Evitar amanecer con un sabor amargo en la boca | Diario  |
| Jugo de nopal con espinacas, xoconostle, perejil y apio | Atención a la diabetes   | Diario  |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

Sin embargo, para Tania, el medicamento es fundamental para la disminución de los niveles de glucosa.

*'Sin medicamento no hay mejoría para nadie, y menos a mi edad, yo voy muy bien con mi medicamento, mi ejercicio y mi alimentación'. (Tania, 2021)*

Por otro lado, Sara y Elena (tipología IV) refirieron el consumo de determinadas bebidas para la atención a la diabetes. Las bebidas y su finalidad se detallan en la siguiente tabla.

**Tabla 29. Alimentación para disminuir el azúcar (tipología IV)**

| <b>Bebida</b> | <b>Finalidad</b> | <b>Forma de consumo</b> |
|---------------|------------------|-------------------------|
|---------------|------------------|-------------------------|

|   |   |   |
|---|---|---|
| Té para los nervios                             | Relajar y tranquilizar  | Se toma <i>calientito</i> por las noches.                               |
| Té de cedrón                                    | Relajar y tranquilizar  | Se toma <i>calientito</i> por las noches.                               |
| Té de sábila, hojas de tomate y cola de caballo | Tratamiento para las infecciones de las vías urinarias (el alivio de la infección se asocia con la disminución de los niveles de glucosa) | Se hierve agua con la sábila, las hojas de tomate y la cola de caballo. |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

Las colaboradoras de la tipología IV obtienen la mayoría de los ingredientes para los tés dentro de su entorno, pues, Sara refiere que en el municipio hay árboles de cedrón y Elena tiene sábila en su casa; los demás ingredientes los compran en *el mercado, donde venden las hierbas* o en *hierberías*, excepto el *té para los nervios*, que Ignacio compra en la Ciudad de México.

*‘Ese té [el té para los nervios] me lo trae mi señor cuando va a México, va al mercado de los bomberos y nada más pide té para los nervios, y me trae como medio kilo, y se lo he hecho, cuando está hirviendo el agua, lo hecho, lo apagó y lo tapó y se hace rojo, rojo, y se lo toma y duerme tranquilamente y duerme muy bien, se llama té para los nervios’.* (Sara, 2021)

## 2.11 PREFERENCIAS, GUSTOS Y DESAGRADOS

Lorena y Sandra (tipología I) refirieron desagrado por los dulces y chocolates, así como por los panecillos, galletas y las botanas saladas industrializadas; pues, al tener mucho azúcar, no se les antojan. Lorena mencionó preferir los sabores ácidos no tan dulces, como los dulces de tamarindo, o las paletas de cajeta y el chocolate *El Vaquero*®. Por otro lado, los colaboradores refieren desagrado hacia los edulcorantes y el refresco light, alimentos que suelen ser recomendados como alternativas de sustitución del azúcar y el refresco.

*[...] no los consumo [los edulcorantes], o sea, la verdad es que a mí no me gustan esos alimentos, son esos, pues digo, que son endulzantes ¿no?, la verdad es que no, no me gustan, no me gusta consumirlos’.* (Jaime, 2021)

*[...] mi papá me invitó apenas una Coca, pero era light, no pues no, no me la acabé completa, era de 600, no me la acabé porque no, [...] no me sabía, no sé, no me agarraba sabor en la boca, en la garganta, así como que no, dije no, quién sabe qué tenga la Coca, como que te, agarra un sabor, no sé’.* (Mario, 2021)

Respecto a las mujeres de la tipología IV, para Elena, dejar de comer alimentos con exceso de grasa, azúcar y sal ha cambiado su gusto, pues, a la fecha, ella prefiere comer verdura, pescado, carne

preparada de una manera *no sofisticada* y frutas como el mamey, zapote amarillo, zapote blanco, zapote negro, chirimoya y maracuyá.

[El hot dog] *no me gusta porque trae tocino, no como tocino, trae cátsup, tampoco como porque me dan agruras, está dulce, yo cuando voy pido un hot dog, les digo 'póngale mucha verdura, no le ponga tocino, no le ponga cátsup', [...]*. (Elena, 2021)

## 2.12 CUERPO

Dentro de la narrativa de Isabel (tipología I), la categoría de cuerpo sobresale, pues, la diabetes le causó pérdida de peso. Además de recibir comentarios al respecto, para Isabel representa un problema en cuanto a su alimentación, ya que, algunas de las formas de alimentación que ha llevado a cabo para reducir sus niveles de glucosa también le han generado pérdida de peso.

*'Casi estoy teniendo la misma alimentación en realidad no me he privado de no comer pan o de dejar la tortilla, definitivamente así no, porque hace como 3 años empecé a bajar mucho de peso, o sea yo pesaba 56 - 55 y ahorita ya peso 44, o sea fueron 10 kilos, así que, si me empecé a asustar porque había bajado tanto, y sí fue a partir de la diabetes'*. (Isabel, 2021)

*'Me pasó que de un momento a otro, 10 kilos de a tiro bajar así, pues sí, sí se nota y pues, a lo mejor y uno no se siente mal pero sí a uno lo deja de ver un familiar, ya le empieza a decir 'no, es que estás muy delgada', y '¿qué te pasó?' y para mí son, sí son como comentarios pues le digo, de por sí uno ya con sus problemas de salud y que a uno le digan casi casi que te ves bien, con perdón tuyo, bien jodido (risas), sí está, está canijo'*. (Isabel, 2021)

Por otro lado, el peso, la gordura, la delgadez y el adelgazar, son temas que sobresalen al abordar la alimentación en diabetes.

[...] *ahorita, eh, me da pena decir, pero peso como 87 kilos, tenses, yo me sentía muy bien cuando yo pesaba 69 - 71 - 69 - 71, aunque era sobrepeso, pero me sentía mejor, yo misma, físicamente y moralmente, porque ahorita, eh, yo me veo mal, me veo en el espejo, no me gusto, estoy decepcionada de mi cuerpo pero me dice mi hija '¿qué haces para bajar?, nada, mamá'*. (Lorena, 2021)

*'Yo vengo de una familia extremadamente gorda, [...] y ya ve que aquí dicen 'ay, ¿pues de qué sorprendes si vienes de familia gorda?', o sea, tú no puedes ser delgadita porque tu familia es gorda, pero yo digo que eso es mentira'*. (Lorena, 2021)

*'Aborita que compré el carro y ando todo el día en el carro y no camino, es cuando yo me di cuenta que subí de peso, mucho, una cosa bárbara, porque, de hecho mis hijas me dicen 'oye mamá, ya ponte a dieta porque no, ya, tienes que hacer algo por ti, por tu vida', pero sí, sí me di cuenta que fue a raíz del carro'. (Lorena, 2021)*

*'Tomaba yo muchas cosas para adelgazar, todo eso, siempre, que mujer no quiere adelgazar ¿verdad?, pero (risas), uno le hace a todo eso, sí'. (Lorena, 2021)*

## **2.13 EMOCIONES**

Dentro de la narrativa de Isabel y Lorena (tipología I), se puede identificar el miedo como una emoción que genera espanto y que se convierte en un mediador del comportamiento alimentario. El miedo tiene diversos orígenes: vivir complicaciones en la salud a causa de la diabetes, reconocer los niveles elevados de glucosa y la forma de recibir el diagnóstico de diabetes. El miedo que sintió el papá de Lorena lo llevó a dejar de comer pan y tomar refresco, el que sintió Isabel la llevó a disciplinarse y el miedo que sintió Lorena la llevó a bajar 11 kilos en un mes.

*'No entendemos, y sí, pues es preocupante, porque, uno ya vive con ese miedo, le voy a explicar por qué, porque mi papá es una persona que él no acepta y no aceptaba que él era una persona diabético, hasta ahorita que, él decía 'ay, yo me siento bien, ¿para qué me tomo la metformina?, yo me siento bien', y no se la tomaba, hasta que 'horita que llegó el día en que nos dio el COVID y él, estaba bien negro, negro, pero era porque el azúcar se le había subido a 540, y no había manera de controlársela, le daban, agua mineral, le pusieron insulina y ni con la insulina bajaba porque tenía 300 y tanto, y después le pusieron insulina rápida, entonces, ahorita, durante el mes que estuvimos con COVID, a mí papá le ponían, insulina, ahorita ya no se la ponen, yo quiero pensar que ya se estabilizó porque ya na' más se toma su pura metformina, pero él no era persona que acepta eso, entonces, volvemos a lo mismo, si tú no lo aceptas y te aferras, pues no te cuidas, pero cuando tú lo aceptas, y sabes que, no es que dependas de una pastilla, pero sí la debes de consumir, para que tú te sientas bien, entonces, mi papá ahorita ya le dije 'papá, no te olvides de esto', y ahorita cuando paso todo esto le digo 'papá, ¿quieres un pan?', 'no', dice, 'no, no, no; no puedo comer pan', este, 'papá, ¿quieres, este, refresco?', 'no; no, no, ya no quiero, no quiero refresco, yo no tomo refresco', pero él era una persona que antes de aceptar que él tenía diabetes, se tomaba una coquita de las más chiquititas, de latita, para como que calmar esa ansiedad'. (Lorena, 2021)*



[...] cuando me lo propongo pues trato de disciplinarme en algún aspecto por qué, pues porque 'hora sí que me espanté de los niveles de azúcar y dije pues sí quiero durar más pues tengo que nivelar el azúcar y dije pues voy a empezar'. (Isabel, 2021)

*'En el Seguro Popular, en la clínica, el doctor en ese tiempo, me dijo, yo me empecé a sentir cansada y así, pero no tomaba, hasta ese tiempo, ningún medicamento, cuando eso pasa, empecé yo a ir a consulta, y me dijo el doctor 'venga', y ya, me pincharon el dedo y me tomaron la azúcar y estaba como a ciento y algo, ¿no?, o sea, no, después de 115, exacto no recuerdo, pero, cuando ese doctor me dijo eso, me dijo 'mira, si tú no te cuidas te vas a morir, pero si tú te pones en mis manos y haces lo que yo te digo, tú puedes vivir muchos años', entonces, cuando él me dijo eso, yo creo que me quedé como en shock, no me espanté, pero dije '¿y ahora qué sigue?', yo bien recuerdo que en ese tiempo, yo creo que como en un lapso de un mes, si no es por mucho decir, eh, bajé 11 kilos, [...] a raíz de ahí, me empecé a cuidar y realmente yo me cuidé bastante [...]'.* (Lorena, 2021)

Otra emoción identificada fue la ansiedad, Lorena la describe y también la relaciona con dejar de consumir algún alimento.

[...] siento como sensación de náuseas, un ejemplo, cuando ando trabajando todo el día y no sé si me agota el sol o no sé, pero siento la ansiedad y las ganas de, no sé, necesito comer un pedacito de chocolate, un mazapán, [...] y esa sensación, como que, el estómago, como si quisieras vomitar por la náusea o por la ansiedad de tener algo en tu estómago dulce'. (Lorena, 2021)

[...] no se debería de decir 'no puedes comer', se puede decir 'no debes comer', 'sí puedes, pero no lo debes de comer' o 'puedes comer un pedazo, si te comías un pan de dulce completo, pues cómete la mitad para que no te quedes con esa ansiedad', ¿por qué?, porque tu cuerpo necesita tu pan, ¿no?, cada cosa tiene su función [...]'.

(Lorena, 2021)

### **3. ALIMENTACIÓN Y COVID – 19**

#### **3.1 CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN DERIVADOS DE LA PANDEMIA**

La pandemia resaltó la vulnerabilidad en varias personas, como el caso de quienes padecen enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión. Las personas adoptaron medidas de protección para disminuir el riesgo de contagio, como: el uso de careta, lentes, doble cubrebocas, gel antibacterial y desinfectante; el lavado y desinfección de objetos que estuvieron en contacto con el

exterior, como las bolsas y los artículos comprados (esto también influyó en la perecebilidad de las frutas y verduras).

*'Nos tenemos que acompañar porque ella [su mamá] es hipertensa, la acompañó yo, ahorita pues con todas las medidas, o sea, de hecho yo salgo con careta y cubrebocas y también ella, ella lleva sus lentes y cubrebocas, ella usa doble cubrebocas y cargamos también el gel antibacterial, un desinfectante, todo, por lo regular vamos las dos cada 8 días y llegamos, vaciamos en la tarja todo, lo lavamos con jabón, todo lo ponemos a escurrir, y ya posteriormente lo metemos al refrigerador, todo lo lavamos así, llegamos y desinfectamos bolsas y todo, así ahorita con esto de la pandemia es lo que hacemos'.* (Isabel, 2021)

*'[Respecto a que las frutas y verduras ya no duran tanto sí se lavan] sobre todo la fruta, a nosotros nos pasó, tenemos que consumírnoslas 'hora sí luego, luego al otro día porque sí, nos pasó con unos duraznos (risas), se descompusieron'.* (Isabel, 2021)

Dentro de los cambios en las prácticas alimentarias, Isabel (tipología I) menciona comer más frutas y verduras, y Lorena refiere *comer mucho*.

[Acerca de los cambios en la alimentación debido a la pandemia]

Mamá de Isabel: *comemos un poquito más sano*

Isabel: [...] *ahorita sí tratamos de comer casi por lo regular más verduras, consumimos un poco más de fruta, de jugos, nada más como que aumentaron un poco más las verduras y las frutas, porque mi mamá pues sabe hacer jugos de manzana, con miel, cosas así; o sea, por la pandemia a lo mejor aumentamos, que a lo mejor sí comíamos una vez a la semana verduras, ya sea acelgas o sopa de verdura, ahorita si hacemos sopa de pasta, le agregamos que chícharos, que zanahorias, igual al arroz, o sea, todo lleva siempre verduras, igual si haces un empanizado también le agregas, lechuga con, no sé, unas rebanadas de, de hecho luego hacemos las ensaladas, complementamos con rebanadas de fresa o de uva, o sea, yo creo que no, no cambió, sino más bien aumentamos más a nuestros platillos diarios una verdura o una fruta, eso fue lo que se agregó yo creo más.* (Mamá de Isabel e Isabel, 2021)

*'[Acerca de sí hubo cambios en la alimentación debido a la pandemia] ¡oh sí claro!, ¡comemos mucho!, queremos comer mucho y cada rato y ya, ya subí quién sabe cuántos kilos, como unos 4 o 5, pero ahorita que fui al doctor, le digo a mi esposo 'me costó mucho trabajo, pero sí baje un kilo y no pienso volverlo a subir', tenses, tengo que limitarme, no se crea, pero sí'.* (Lorena, 2021)

Derivado de la pandemia, se presentaron diversos cambios en las prácticas alimentarias, no solo a nivel individual, también en el ámbito familiar, colectivo y laboral. En el caso de los colaboradores de la tipología V, como ya se mencionó, Camilo y Jaime, quienes vivían en la Ciudad de México, regresaron a Jocotitlán para trabajar desde casa, por lo que, eso generó cambios: ambos empezaron a comer en casa; en la casa de Camilo se tuvieron que preparar más alimentos, ya que, incrementó el consumo una vez que él regreso; Jaime, empezó a comprar y preparar sus propios alimentos, pues, incluso cuando tenía que asistir a su trabajo, llevaba la comida que él preparaba en *tópers*.

De igual modo, dentro de las medidas de autoatención que se tomaron para el cuidado ante COVID – 19, una fue el consumo de suplementos alimenticios; en este caso, Mario refirió que en su centro de trabajo recibió suplementos.

[...] *a mí me dan allá en la fábrica, una semana me dan una vitamina y así va, durante un mes cada semana nos dan vitaminas [...], vitamina C, es como el aderogy<sup>102</sup> (Sandra: pero para diabético).* (Mario y Sandra, 2021)

A nivel colectivo también se presentaron cambios, Sandra y Mario describen el proceso de compra de alimentos en el mercado y tianguis de Jocotitlán.

Sandra: [...] *aquí casi normalmente no cerraron las verdurías, no, ¿verdad?*

Mario: *no, bueno aquí no, aquí estuvo todo, casi...*

Sandra: *todo el tiempo abierto.* (Sandra y Mario, 2021)

[Respecto al mercado] *dejaban entrar menos puestos, eran menos, pero, seguía igual, no dejaban por ejemplo, que había tacos en el mercado o eso, no dejaban comer gente ahí, no más comprar y vámonos, de la plaza igual así, no más comprabas tus cosas y te salías, entrabas, te ponían tu gel y pues ya, salías igual te ponían tu gel.* (Mario, 2021)

La alimentación de las colaboradoras de la tipología III no cambió debido a la epidemia causada por COVID – 19. Sin embargo, en su U.M.F. recibieron información acerca del COVID – 19 y la diabetes:

---

<sup>102</sup> Aderogy®

*‘Lo que me dice la doctora, que se debe de cuidar uno y más con esta epidemia, porque ya ve que, según que a los diabéticos nos pega más fuerte, entonces pues sí, es de lo que más me preocupa y todo’.* (Andrea, 2021)

Respecto a las mujeres de la tipología IV, En casa de Sara no se presentaron cambios en la alimentación durante la pandemia. En casa de Elena, ella y su familia sí modificaron algunas prácticas alimentarias y cotidianas después del COVID – 19, como: comprar los alimentos en una recaudería cercana a su casa en vez de ir al tianguis, dejar de salir a caminar, comprar alimentos a domicilio (como papas fritas, pizza, alitas, hamburguesas o hot dogs) y la implementación de medidas de sanitización, de distanciamiento y de uso de cubrebocas.

*‘Por lo regular compramos todo, o sea, toda la verdura y la fruta la compramos en la recaudería, aquí cerca hay una recaudería y ya no voy a la plaza por lo de la pandemia’.* (Elena, 2021)

*‘Aborita por la situación en que estamos ya no puedo ir, no salgo a caminar y ya no hago mucho ejercicio, trato de hacer un poco en casa pero es ahí la flojera’.* (Elena, 2021)

*‘Se limpia todo, se sanitiza, hay que estar limpiando con cloro todo, la puerta, todo esto. Para lavar los trastes le ponemos un poquito de vinagre blanco, un poquito de cloro y el jabón, y así se lavan los trastes, y lavarse las manos. Tenían gel aquí en la entrada, traemos alcohol para cuando salimos y gel también. El cubrebocas, salimos a la puerta con cubrebocas, o sea, salimos y usamos el cubrebocas. Prácticamente, nada más comemos mi sobrina, la bebé y yo, eso es la comida y en el desayuno está la señora que viene a trabajar, pues somos los que desayunamos, uno por allá, otro por allá; aborita como me están arreglando mi cocina pues, estamos comiendo en otro lado, y más a mi favor, uno por allá, otro por allá, y otro por acá. O sea, no hemos cambiado, todo sigue igual, na' más únicamente teniendo más cuidado de sanitización y cuando sale la señora se lleva su cubrebocas, cuando regresa pues se lo quita’.* (Elena, 2021)

*‘A partir de la pandemia, porque antes no había tanta promoción acerca de que hay esto, de que hay lo otro, porque por ejemplo, me venían a ofrecer barbacoa, bueno en el face mandaban, ‘¿qué sí queríamos barbacoa?’, pues ‘no’, no, yo le digo ‘es que yo no puedo comer’, y ya no compraba barbacoa, casi por lo regular no compramos nada de eso, lo único que pedimos a veces es eso, pero eso para mi familia, o sea, para mi sobrina, su esposo y la niña que le gustan las papas fritas, yo casi no, o sea, ellos siguen llevando su vida normal y ellos son los que piden’.* (Elena, 2021)

Por otro lado, algunos establecimientos de comida implementaron, como medida para evitar los contagios, vender comida solo para llevar; Ignacio da cuenta de ello.

[Acerca de los puestos de comida que se ponen en la noche en frente de la iglesia] *todavía siguen vendiendo comida pero ya los tienen más controlados, ya no comen ahí, ya na' más es pura comida para llevar. [...] está muy controlado el mercado*'. (Ignacio, 2021)

### **3.2 ENFERMAR DE COVID – 19**

Lorena (tipología I) y su familia enfermaron de COVID, ella describe el tipo de alimentación que llevaron durante el transcurso de la enfermedad.

*'Aborita que tuve COVID, yo creo que si bajé unos cuantos kilitos, pero eso era porque todos los días me daban pollo con verdura, y me comía nada más 2 tortillas, pero también era, no sé, allá en donde estaba con mis papás, a las 8 se desayuna, a la una se come y a las 6 se da la cena o la merienda*'. (Lorena, 2021)

# CAPÍTULO V: SABERES Y EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE SALUD

## 1. REPRESENTACIONES SOCIALES ACERCA DE LA ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA DIABETES TIPO 2

### 1.1 LA ALIMENTACIÓN RELACIONADA CON EL DESARROLLO DE LA DIABETES TIPO 2

De acuerdo a lo referido por el personal de salud, se identifican elementos que se relacionan con el desarrollo de la diabetes en las/los pacientes. En primer lugar, la dieta, la cual determina el peso de las personas, por lo tanto, el sobrepeso y la obesidad, estas condiciones sumadas a la carga genética contribuyen al desarrollo de la diabetes.

**Dieta → Sobrepeso u obesidad → *Carga genética* → Diabetes**

*Hay algunas teorías que dicen quién va a ser diabético porque ya trae una carga genética por sus padres o abuelos u otros familiares directos que tienen diabetes, ya tenemos cierto porcentaje o riesgo de padecer diabetes. Si una persona durante toda su vida lleva hábitos alimenticios adecuados, en cuanto a los horarios, las cantidades, el tipo de alimento que consume y se agrega el ejercicio, seguramente esa aparición de la enfermedad puede retardarse, que aparezca a lo mejor mucho más tarde o que nunca aparezca, puede ser esa situación. Pero desafortunadamente en nuestro país sabemos que se ocupan los primeros lugares en obesidad; entonces, por eso ahorita el número de pacientes diabéticos es muy alto, precisamente por las características que tiene nuestra población mexicana, la dieta que se consume en el país que es a base de muchos carbohidratos, empezando por la tortilla, el pan y los azúcares que se agregan a las dietas'. (Adriana, 2021)*

La *dieta* relacionada con el desarrollo de la diabetes contiene *muchos carbohidratos*, como la tortilla, el pan y los azúcares, y grasas; además, se caracteriza por ser *desordenada* y sin horarios de alimentación.

*'Cuando llevamos una dieta desordenada, en la que no hay hábito de alimentación como los horarios, y el contenido de los alimentos, sobre todo que sean ricos en carbohidratos o azúcares; pueden ser factores que al final del día nos lleven a tener sobrepeso u obesidad, que sumado al factor genético que ya tengamos en nuestra información genética, pues hacen que aparezca la enfermedad'. (Adriana, 2021)*

*'Sí consumimos una gran cantidad de carbohidratos o azúcares, grasas, eso favorece que tengamos sobrepeso u obesidad, y eso se relaciona con la aparición de diabetes'. (Adriana, 2021)*

Aunque las funciones de la alimentación son diversas, el personal de salud considera que *comer para llenarse y sin medir la cantidad no contribuye al buen estado de salud de las personas.*

*'El mexicano come para llenar, no para nutrir, no para estar estable, no para tener un buen estado de salud, [...] no medimos la cantidad, entonces, nos vamos que a los taquitos, que 8 tacos y consomés, todo eso. Entonces, no procuramos tener esa alimentación equilibrada [...], comemos para llenarnos no para nutrir.'* (Leticia, 2021)

Además de la alimentación, se considera que otro de los desencadenantes de la diabetes es el ritmo de vida *no muy adecuado y muy acelerado*, caracterizado por: tener diferentes cosas por hacer (por ejemplo, en el trabajo, en la casa y con la familia), el *desajuste del ritmo de vida* causado por el horario laboral (por ejemplo, en los horarios de comida) y vivir en *estrés constante*.

*'En el trabajo los horarios de comida casi no los realizamos, empezamos a comer entre comidas cosas no saludables, ese es el desorden alimenticio, y propicia que la gente ande de malas, decaída, con depresión; a veces, por la falta de alimento o por la falta de tiempo. Estar acelerado en todo, si tiene diferentes cosas por hacer; por ejemplo, su trabajo, o casa, el hijo, escuelas, situaciones así. Esos ritmos son muy acelerados y eso perjudica. Un horario laboral, puede ser de un solo turno, o puede estar rolando, y desajusta esos ritmos de vida. Y estar ahí en el estrés constante, de estar pensando que: 'hay que preparar esto', 'hay que llevar al niño a la escuela', 'hay que ir a trabajar', 'hay que pagar esto y a lo mejor no me alcanza'; entonces, eso es un ritmo acelerado.'* (Leticia, 2021)

Por otro lado, la problemática de la alimentación también se identifica en las personas jóvenes; quienes, de acuerdo al personal de salud, también se encuentran en riesgo de desarrollar diabetes por la forma de alimentarse.

*'No tenemos esa educación, ni hoy por hoy, los que son los millennials, y que son los ninis, y que la generación de cristal. 'No dejan de tragar', les digo yo, y comen peor que uno ¿no?, porque luego a veces es puro antojito, y a veces les digo 'no, es que mira, al rato cuando, ojala llegues', todavía les digo 'ojala llegues a mi edad, porque...', hay mucha gente que ignora que hay diabetes juvenil.'* (Leticia, 2021)

## **1.2 LA ALIMENTACIÓN RELACIONADA CON LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2**

El personal de salud considera que en la prevención de la diabetes, la alimentación no es el único elemento a considerar, pues, el desarrollo de la enfermedad no solo depende de la alimentación, sino también de otros factores, como el genético y el emocional.

*'Yo conozco gente que ha comido sano, gente entre 10 - 15 años que no comen azúcares en demasía, lo necesario, sal, no mucha carne. O sea, hay gente que se cuida, que hacen ejercicio, y finalmente, tienen diabetes; pues es cuando uno dice: 'bueno, es deportista, se cuida, ¿qué pasó ahí?'. Entonces, volvemos a lo mismo, puede ser una carga genética, nunca pensamos que un coraje puede descompensar un nivel de glucosa. O sea, yo así como decir, una alimentación que prevenga la diabetes, no creo que haya, o solamente que un futuro la desarrollen, porque así como vamos, igual y hacen unas dietas así'. (Leticia, 2021)*

Sin embargo, se considera que la alimentación puede ayudar a retardar la aparición de la enfermedad o hacer que nunca aparezca.

*'Hay algunas teorías que dicen quién va a ser diabético porque ya trae una carga genética [...]. Si una persona durante toda su vida lleva hábitos alimenticios adecuados, en cuanto a los horarios, las cantidades, el tipo de alimento que consume y se agrega el ejercicio, seguramente esa aparición de la enfermedad puede retardarse, que aparezca a lo mejor mucho más tarde o que nunca aparezca, puede ser esa situación'. (Adriana, 2021)*

### **1.3 LA ALIMENTACIÓN COMO TRATAMIENTO DE LA DIABETES TIPO 2**

Para el personal de salud, la alimentación es un elemento que forma parte del cuidado de las enfermedades crónicas degenerativas.

*'Cuando uno empieza con una enfermedad crónica degenerativa y pretende cuidarse lo más que se pueda para realizar una vejez estable, es cuando uno empieza a entender la importancia de la alimentación'. (Leticia, 2021)*

Además, en la diabetes, el consumo de alimentos adquiere importancia, pues *eleva el azúcar*.

*'La gente dice: 'yo comiendo frijolitos soy feliz', les digo: 'pero los frijoles también producen diabetes'. O luego dicen: 'yo me como mis marisquitos, de vez en cuando, para tener proteínas y no sentirme decaído', le digo: 'pues tenga cuidado porque los mariscos también le elevan el azúcar y el colesterol', le digo: 'el marisco normalmente con lo que se acompaña es dulce o muy salado y eso retiene', le digo: 'entonces, pues ahí vamos a estar mal''. (Leticia, 2021)*



El tipo de alimentación sugerida para el tratamiento de la diabetes, desde la visión del personal de salud, se denomina *dieta* o *régimen de alimentación*, y se basa en llevar *orden* y *disciplina* al comer.

*'Dieta es que tengamos un orden y porciones, les llaman los nutriólogos, para alimentarse y así llevar a cabo 5 tomas de alimentos de forma ordenada'.* (Adriana, 2021)

La disciplina ayuda a evitar los ayunos prolongados y el riesgo de desarrollar hipoglucemias debido al tratamiento con insulina.

*'Cuando llevan esa disciplina, su alimentación va a ser más o menos balanceada, en cuanto a la cantidad que consumen, porque no hay ayunos prolongados y aparte, con los medicamentos que ellos toman o el uso de insulina. [...] Si se aplican la insulina y no hay alimento, ellos pueden presentar o tienen el riesgo de hacer hipoglucemias, que eso baje más la glucosa porque el medicamento no tiene donde actuar si no hay alimento'.* (Adriana, 2021)

Además del orden y disciplina, el personal de salud sugiere que se tomen en cuenta los siguientes lineamientos:

- Establecer horarios para realizar 5 comidas al día: desayuno, comida, cena y dos colaciones. La cantidad de alimentos varía de acuerdo al horario, así como del metabolismo que tenga cada persona de acuerdo a la actividad que realiza.
- Realizar una cena muy ligera, pues, al dormir y ya no tener actividad física, el metabolismo de lo consumido se queda estacionado hasta el otro día que se inician actividades.
- Las colaciones se deben realizar entre las comidas principales, aproximadamente a medio día y en la tarde. Estas pueden ser una porción de fruta o verdura y agua, o una gelatina, o un yogurt natural.

#### **1.4 SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS**

Estos productos son definidos por el personal de salud, como:

*'Los suplementos, suplen algunos alimentos; proveen, por ejemplo, los minerales y las vitaminas que se requieren para una alimentación balanceada, en teoría. Pero, es como suplir un alimento por algo que es, en cierta parte, artificial, porque es producido. [...] En un paciente diabético hay que tener mucho cuidado*

*porque estos alimentos contienen azúcares y tienen el riesgo de que les incrementen más los niveles de glucosa’.*  
(Adriana, 2021)

Para el personal de salud, la categoría de suplementos alimenticios hace referencia a una diversidad de productos: aquellos para bajar de peso, *productos milagro* (de los cuales *no se ha comprobado su eficiencia*), *vitamínicos*, fórmulas especializadas (como *Ensure®* y *Glucerna®*), productos de la marca *Herbalife®* u *Omnilife®*, suplementos para deportistas (específicamente los de la marca *GNC®*), productos naturistas, así como, vitaminas disponibles en la U.M.F., como complejo B y ácido fólico. La finalidad del consumo de estos productos es diversa: reducción de peso, evitar sentir cansancio, disminución de los niveles de glucosa o suplementación/ complementación alimentaria al paciente adulto mayor.

*‘El Ensure®, he visto que lo ocupan muchos pacientes ya muy de la tercera edad, ya con complicaciones, que muchas veces ya no quieren comer o a lo mejor ya no tienen dientes o les es difícil poder consumir alimentos sólidos y se los dan de manera líquida. [...] su costo es caro, son latitas, las venden en las farmacias y no necesitan receta médica, entonces cualquier persona puede tener acceso a ellas, igual que los vitamínicos’.*  
(Adriana, 2021)

De manera general, estos productos no son recomendados por el personal de salud, a excepción del complejo B, que está disponible en la U. M. F. y solo se prescribe en condiciones como síndromes carenciales, neuropatía diabética y parálisis faciales; sin embargo, de acuerdo con la médica Adriana, el complejo B *estimula el apetito*, por lo que, su prescripción puede resultar adversa para las/los pacientes con diabetes.

*‘Nosotros manejamos el complejo B para síndromes carenciales. Nuestra población de pacientes diabéticos, la mayoría, tiene sobrepeso u obesidad, no he visto un solo paciente desnutrido; entonces, lejos de ayudarlo, le va a perjudicar, porque el complejo B les estimula el apetito, el paciente come más, sube más de peso, y la glucosa está subiendo. Yo en mis pacientes no manejo complejo B porque tiene ese efecto. Otra indicación del complejo B es cuando hay neuropatía diabética, que ya estén afectados los nervios de los pacientes; les puede ayudar pero con doble riesgo, porque, les puede ayudar a disminuir un poco las molestias de la neuropatía, pero les puede aumentar más de peso. Otra indicación es en las parálisis faciales, abí es donde sí se los llevo a dar, pero siendo diabéticos, es riesgoso darles eso’.* (Adriana, 2021)

Por otro lado, el personal de salud refiere que estos productos están disponibles en el municipio y en municipios vecinos, como Atlacomulco; así también, están a la venta en los *mercados* virtuales de redes sociales como *Facebook*®. De manera general, en la zona hay disponibilidad y variedad de estos productos.

*En Joco sí hay centros de nutrición, no están muy visibles, pero sí hay; también aquí en Atlacomulco. Luego aparecen, por ejemplo, en el mercado del Face, o productos Omnilife®, o ese, Omnitrition®, Hierbalife®, que incluso, hay de la línea, ¿no?; o las tiendas esas que venden vitaminas para deportistas y complementos alimenticios, o los naturistas, o el típico que trae el micrófono: 'consume bacalao, consume huereque' [...]. En la plaza de Atlacomulco los domingos hay un señor que vende todo ese tipo de productos; precisamente, sé que traía en sus hieleras lo de Omnilife® y trae sus malteaditas'. (Leticia, 2021)*

De igual modo, los productos de la marca *Herbalife*® (malteadas y cápsulas), están disponibles en *centros de nutrición*, de los cuales hay en Jocotitlán y en Atlacomulco, y que, de acuerdo con el personal de salud, son caros y son consumidos principalmente por mujeres que buscan la reducción rápida de peso.

*[Acerca de los productos de Herbalife® y Omnilife®] Sé que se los venden en forma de malteadas y productos, a ellos les dan la información de que son naturales. Pero, sé de reportes que han habido efectos secundarios y graves en personas que los llegan a consumir de manera frecuente y en gran cantidad. En la población de Jocotitlán no he escuchado mucha gente que los consuma, pero, si he visto lugares que los ofrecen como desayunos o malteadas o cosas así, sobre todo en las mujeres se da mucho, porque les puede ayudar a bajar de peso de manera rápida. Esos productos pueden llamarse productos milagro, en teoría, porque sí pueden lograr ese efecto de bajar de peso, pero más adelante viene el rebote, lo dejan de consumir y viene un aumento mayor de peso'. (Adriana, 2021)*

A pesar de que el personal de salud refiere que las/los pacientes no suelen consumir los suplementos alimenticios, les han llegado a solicitar *vitamínicos* (como ácido fólico y complejo B) para evitar sentir el cansancio causado por la diabetes.

*El paciente diabético busca mucho lo que son las vitaminas, porque para ellos, bueno, yo creo que es más un factor psicológico o que ellos asocian mucho, 'deme vitaminas porque me siento cansado y necesito estar fuerte y me va a dar fuerza', y muchos efectos que en teoría, o ellos tienen esa información de que les va a dar [...]. Dicen: 'para mi diabetes deme vitaminas''. (Adriana, 2021)*

*Me preguntan que sí hay vitaminas, que sí hay un complemento para que no se sientan cansados, les digo: 'yo no les puedo recomendar nada, eso es de allá, el médico les puede mandar ácido fólico, complejo B, lo que hay en el Seguro'. Pero yo decirles 'tómese esto', no; les digo: 'francamente no, yo no puedo hacer eso'. (Leticia, 2021)*

Por otro lado, la enfermera Leticia refiere que en experiencia en la atención a pacientes, uno de ellos le refirió que consumió productos de la marca *Herbalife*® con la finalidad de disminuir los niveles de glucosa.

*En una ocasión un paciente me refirió que él iba a consumir esos alimentos, precisamente era *Hierbalife*®, porque le habían dicho que le iban a ayudar a bajar su glucosa. Yo le dije: 'mire, usted es libre de consumir lo que quiera, es su dinero, pero yo le cuestiono a usted: ¿cuánto vale su vida?, ¿cuánto tiempo supuestamente este producto le va a ayudar?, porque le va a ayudar a lo mejor a bajar su nivel de glucosa, pero después perjudica otros órganos vitales, ¿usted se ha puesto a investigar?', le digo: 'porque, técnicamente, las famosas malteadas y como 5 o 6 tabletas, ¿poco eso le va a ayudar?', le digo: 'sí usted, comiéndose un plato de frijoles con muchas tortillas se siente desganad, imagínese', le dije: 'además eso le va a activar y le va a activar, y va a hacer que usted tenga la glucosa arriba, pero bueno, sí usted quiere, adelante'. Después lo vi y me dijo: 'sí me los tomé una semana pero, ¿qué cree?', dice: 'me subió mucho el azúcar', dice: 'lo tomé durante 4 días, y después yo ya tenía 500 de azúcar y no me podía ni parar', dice, 'y fui al médico, me dijo que eso hace daño', le digo: 'pues sí'. (Leticia, 2021)*

## **1.5 EDULCORANTES**

A pesar de que los edulcorantes están disponibles en supermercados y farmacias de Jocotitlán y de municipios vecinos, como Ixtlahuaca y Atlacomulco, no son regularmente consumidos por las/los pacientes, pues, de acuerdo con el personal de salud, la población prefiere productos *naturistas*, no les gustan o por las limitaciones económicas que tienen para comprarlos. En cambio, las/los pacientes suelen endulzar sus bebidas (como el té) con azúcar o con miel, pues, sin el sabor dulce, estas bebidas no les gustan; por lo que, Adriana y Leticia les han llegado a recomendar reducir su consumo de azúcar y miel, o bien, el uso moderado de edulcorantes, como el *Stevia*®.

*Hay pacientes que sí los toman y me dicen que: 'salen muy buenos', que les gustan y que de aquí a lo que se quitan 'la mala costumbre del azúcar''. (Leticia, 2021)*

Por otro lado, la enfermera Leticia refiere haber consumido estos productos y no ser de su agrado, debido a las reacciones que le generan.

*'Está muy dulce, me da mucha sed, y me empieza así como a entrar el nervio, así como desesperada'.*  
(Leticia, 2021)

## 1.6 ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS

El personal de salud refiere que el consumo de alimentos industrializados (como los alimentos enlatados) no es una práctica común entre las/los pacientes. Por un lado, por la disponibilidad de alimentos locales (que son sembrados *por ellos mismos en el campo*), así también, por la diferencia de gustos entre los grupos de edad.

*'Hay rangos de edad, por ejemplo, una persona de 35 a 45 años, sí se come un Gansito®, un Twinky®, un Tía Rosa®, papas; los pacientes de 45 para arriba, ya no más son de papas, así cuando hay fiesta; obviamente, gente de 60 para arriba, luego dicen: 'ni me gusta', o 'no los acostumbro'. Pero sí son por rangos de edad, más que nada'.* (Leticia, 2021)

### 1.6.1 EL REFRESCO

A pesar de que el consumo de alimentos industrializados no es una práctica frecuente, el consumo de refresco sí lo es.

*'[El consumo de refresco] va parejo, puede ser una persona de 30 años, hasta una de 70 años [...]. Hay familias que acostumbran el refresco, no acostumbran el agua natural o el agua de sabor de frutas, porque dicen que sale lo mismo un refresco y un agua de sabor de frutas, por el azúcar. Entonces, al que está diabético le dan un vasito muy chiquito, pa' que no se quede con el antojo y ya los demás se toman uno. Pero eso sí, de repente a la gente [pacientes con diabetes], ya hasta se les olvida, o más bien les da pena, o no quieren que sepan que son diabéticos, y toman el refresco'.* (Leticia, 2021)

Además, el refresco está asociado como un recurso de atención a diversas condiciones de salud.

*'A mis compañeros les digo: 'oigan ya, aquí en el cuadro básico del Seguro que metan la Coca, ¿no? Miren, cura diarrea, tos, presión baja, alta...'. O sea, pues es la maravilla, destapa caños, todo, que lo metan al cuadro básico'.* (Leticia, 2021)

## 2. ATENCIÓN A PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2

### 2.1 ATENCIÓN A PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2

#### 2.1.1 ¿QUÉ ES LA DIABETES PARA EL PERSONAL DE SALUD?

En este apartado, se describen las nociones generales que el personal de salud tiene respecto a la diabetes: su definición, sus causas, algunas de sus consecuencias y otros tipos de diabetes. En primer lugar, la diabetes es definida por el personal de salud de diferente forma; sin embargo, dentro de sus definiciones resaltan causas comunes: la genética, la alimentación y la obesidad.

*‘La diabetes es una enfermedad crónica donde está afectado el transporte de la insulina, lo cual, es indispensable para el metabolismo de la glucosa que entra en nuestro cuerpo de manera diaria. No se conoce una causa como tal ya comprobada, pero existen factores que se relacionan con la aparición de la enfermedad, los principales son los factores genéticos, y otros son los factores modificables, como son la obesidad, la alimentación, el ejercicio o el sedentarismo que se tenga en los pacientes’. (Adriana, 2021)*

Otros elementos relacionados con el desarrollo de la diabetes son la actividad física, el estrés, el ritmo de vida y los hábitos de sueño. Además, también se reconoce que la diabetes *desequilibra la emoción del paciente.*

*[La diabetes] es una enfermedad no esperada, desequilibra la emoción del paciente y descompensados totalmente en un desorden alimenticio, estrés, un ritmo de vida no muy adecuado, eso califico yo la enfermedad de diabetes. [Las causas son] principalmente, la mala alimentación, tener predisposición genética y el estrés, yo digo que sí favorece esa descompensación de glucosa’. (Leticia, 2021)*

El personal de salud reconoce que *la carga genética* significa un riesgo importante para desarrollar diabetes y aunque la alimentación pudiera ayudar a prevenir la enfermedad, la médica Adriana considera que el tipo de dieta que se lleva en México no contribuye a la prevención de la diabetes.

*‘Hay algunas teorías que dicen que quien ya va a ser diabético, ya trae una carga genética por sus padres o abuelos u otros familiares directos que tienen diabetes, ya tenemos cierto porcentaje o riesgo de padecer diabetes, y si una persona durante toda su vida lleva hábitos alimenticios adecuados [...] y se agrega el ejercicio, seguramente la aparición de la enfermedad puede retardarse o que nunca aparezca. Pero, desafortunadamente en nuestro país sabemos que se ocupan los primeros lugares en obesidad, y por eso aborita el número de*

*pacientes diabéticos es muy alto, precisamente por las características que tiene nuestra población mexicana, la dieta que se consume en el país, que es a base de muchos carbohidratos, empezando por la tortilla, el pan y los azúcares que se agregan a las dietas'. (Adriana, 2021)*

Sí bien, en sus definiciones sobresalen elementos biomédicos, también resaltan aquellos que surgen de la experiencia. Padecer diabetes y ser personal de salud configura el significado de la enfermedad.

*'Aunque los médicos, bueno, todo el sector dice que nunca se debe de relacionar el nivel de glucosa con los corajes o las depresiones, yo digo que sí, porque, yo tuve un problema [familiar] muy fuerte y a raíz de ahí yo me empecé a sentir mal'. (Leticia, 2021)*

Así mismo, se reconocen otros tipos de diabetes, además de la tipo 2, como la *diabetes juvenil*, la cual, es descrita por el personal de salud como *más grave*.

*'Hay mucha gente que no sabe que hay diabetes juvenil, que es más grave que una de adulto y que tienen menos probabilidades de sobrevivir, ¿no?; pero si se cuidan, si se aplican, pues van a durar un buen, ¿no?'. (Leticia, 2021)*

#### 2.1.1.1 ATENCIÓN A LA DIABETES EN OTRAS POBLACIONES

Además de la experiencia que el personal de salud tiene en la atención a pacientes con diabetes de la U. M. F., Adriana y Leticia conocen otras experiencias del padecimiento. Por un lado, la médica Adriana tiene experiencia al haber realizado su servicio social en poblaciones con una alta prevalencia de la enfermedad; y por otro lado, la enfermera Leticia tiene la experiencia propia de padecer diabetes.

*'Yo estuve en el servicio social en una comunidad en Huejutla, Hidalgo. [...] Abí había comunidades enteras, así por poblados, que todos eran diabéticos, todos, pero era también por la alimentación y todos tenían obesidad. Allá se dedican mucho a lo de la caña de azúcar y la consumen mucho, la tortilla y todo lo que produce la tierra; entonces eso y otros eran factores que también les propiciaban. Había una comunidad que todos eran diabéticos y pues, lamentablemente, toda la población era así, pero no permitían que se les orientara o no lo aceptaban, o para ellos ya ser diabético era lo normal'. (Adriana, 2021)*

Aunque en el desarrollo de la diabetes Adriana considera fundamental la carga genética, también lo es el consumo de alimentos como la caña de azúcar, las tortillas, lo que produce la tierra y

el pan. Por otro lado, la médica Adriana también asocia el consumo de bebidas alcohólicas, como el pulque, como un factor que contribuye a que no haya un buen control de la enfermedad.

*No todo es la alimentación, también hay muchos estudios que han relacionado la carga genética que ya trae cada persona para tener diabetes. Allá se da mucho la ingesta de pulque, lo que es la caña de azúcar, creo que el mezcal también, entonces todos esos factores contribuyen a que no haya un buen control'. (Adriana, 2021)*

*'A mí me tocaba salir a 2 comunidades, pero en una de ellas era donde la mayoría de la población tenía diabetes, yo creo que también influye mucho lo de la alimentación porque, se dedicaban a hacer pan y su consumo de pan era mucho. Yo creo que esos factores sí hacían que hubiera ciertas características, en esa comunidad era donde había mucho paciente diabético, la mayoría estaban con obesidad y consumían mucho la caña de azúcar también... las moliendas que hacen, algo así les llaman'. (Adriana, 2021)*

### 2.1.1.2 PADECER DIABETES

La enfermera Leticia padece diabetes desde el 2017. Ella refiere que la causa de la enfermedad fueron problemas personales, pues, a raíz de ellos se empezó a sentir mal, le dolía la cabeza, tenía mucho sueño y se sentía mareada. Al igual que la experiencia de sus pacientes, Leticia refiere la impresión del diagnóstico de la enfermedad.

*'Como que en el momento no lo asimila uno, cuando le dicen a uno 'pues, ¿sabes qué?, ya eres diabético', es algo así como que: 'no, ¿pues cómo?', ¿no?, o: 'no, o sea, yo estoy bien, tómeme otro laboratorio'. Pero, cuando yo vi eso, pues sí ya dije: 'ya soy diabética, ya estuvo''. (Leticia, 2021)*

### LA SINTOMATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD

Leticia ha aprendido a identificar la sintomatología relacionada con los niveles altos de glucosa, por ejemplo, sabor de boca amargo, la cual, resuelve tomando agua.

*'Yo no sé si a la mayoría de los diabéticos, pero, en mi experiencia personal, cuando yo me he quejado de glucosa, tengo la boca bien amargosa, ni yo misma me aguanto. Entonces, empiezo a tomar agua, agua y como que se va disminuyendo ese mal sabor. Entonces, pues así, así me doy cuenta'. (Leticia, 2021)*

Otros síntomas que Leticia asocia a los niveles elevados de glucosa es tener sueño y sentirse mareada.



*‘Los diabéticos cuando tenemos sueño es un mal presagio, porque no hay que dormirse en el día, hay que estar activos, no tener sueño’. (Leticia, 2021)*

*‘Yo, al menos cuando tengo mucha glucosa, me siento muy mareada. Yo ya me voy conociendo, ¿no?; entonces, trato de evitar esa sintomatología, porque no es nada agradable’. (Leticia, 2021)*

## FORMAS DE ATENCIÓN AL PADECIMIENTO

### EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La enfermera Leticia ha llevado diversos tratamientos farmacológicos para el control de la diabetes, como metformina y glibenclamida con metformina; ella refiere que estos tratamientos le funcionaron por un tiempo, pero después, su cuerpo los asimiló y perdieron su eficacia. Después empezó a tomar glibenclamida sola, sin embargo, le causaba hipoglucemias, por lo que, su médico familiar le cambió el tratamiento y empezó a aplicarse insulina (30 unidades en la mañana y 30 en la tarde – noche).

### LA ALIMENTACIÓN

Además del medicamento y la insulina, Leticia llevó a cabo otras formas de atención. Considerando las implicaciones que le podría generar la diabetes y en la búsqueda de vivir una vejez estable, Leticia empezó a hacer cambios en su alimentación, como: disminuir el consumo de alimentos fritos (como garnachas o fritangas<sup>103</sup>), alimentos dulces (como helados, buñuelos, refresco, aguas de frutas y plátano macho frito), frutas y pan; disminuir la cantidad general de alimentos consumidos; incorporar ensaladas y aderezos; moderar el consumo de carne y tortillas; fraccionar su alimentación; no privarse de algún alimento; tomar agua; y caminar.

*‘Me fui adaptando y fui entendiendo que el único medicamento soy yo, no hay otro, la única que se tiene que atender soy yo, no hay otro. Y si me mandaran dieta, medicamento, y todo eso, pues yo tendría que acatarlo, pero trato de estar equilibrada’. (Leticia, 2021)*

Otras formas de autoatención, relacionadas con la alimentación, que Leticia realiza son: rebajar el refresco con agua, tomar agua natural después de tomar refresco, disminuir el consumo de refresco; y buscar formas de comer de todo pero equilibrando la comida en las fiestas. En la

---

<sup>103</sup> Quesadillas, tacos, gorditas y pambazos.

búsqueda del sabor dulce, Leticia también probó los edulcorantes de diferentes marcas y presentaciones (en polvo y cápsulas), así también, refrescos sin azúcar y light; sin embargo, no son de su agrado, pues son muy dulces, además de que le causan mucha sed y la hacen sentir desesperada.

*'No consumo ninguno de esos. los probé, el famoso Stevia® , un obscuro, como el azúcar morena, el Candere® también lo tomé, en tableta y en polvito, pero siento que endulzan mucho. Un día se me ocurrió tomar la Coca sin azúcar, ¡oh no, Dios mío!, prefiero la light, o sea, sé que también está dulce, pero el sabor de entre la de sin azúcar y la light, difiere mucho, bueno, la normal, pues más ¿no?, y aparte sí me sube luego, luego el nivel de glucosa. O sea, si yo le doy un trago, que le gustan, 5 - 10 mililitros, de un trago, al momento que lo voy pasando así por mi estómago, también es el poder de la mente, no sé, pero desde que lo tengo en la lengua, ya siento así, me pongo roja, y me empiezo a sentir así como desesperada, entonces esos edulcorantes, la verdad yo no. [...] Aparte de que están muy dulces [los edulcorantes], me dan mucha sed, y me empieza así como a entrar el nervio, así como desesperada'. (Leticia, 2021)*

Por otro lado, Leticia refiere haber llevado a cabo diversas dietas, sin embargo, al dejar de hacerlas recuperaba el peso perdido, por lo que, prefirió realizar las medidas mencionadas anteriormente.

*'Yo también llevé muchas dietas, que cuando dejaba de hacer la dieta, pum, el rebote, ¿no?'. (Leticia, 2021)*

Además de la diabetes, una de las razones por las cuales buscó la reducción de peso fue por la experiencia que tuvo con un especialista.

*'Tuve una caída y me lastimé una rodilla. El traumatólogo me dijo: 'sabes qué, pues tienes que bajar de peso para operarte, porque, así gorda, corres más riesgo'. Y pues no me gustó el tonito en que me dijo 'gorda'; entonces, ahí dije: 'no, pues 'hora voy a bajar de peso'. Llegué a bajar a los 56 kilos, pero la verdad si fue muy exagerado, mucha gente me decía 'oye, es que estás súper enferma', o '¿qué te pasa?'; entonces, eso también ataca mucho la alimentación'. (Leticia, 2021)*

## LA EXPERIENCIA DEL PADECIMIENTO COMO FORMA DE AUTOATENCIÓN

Para Leticia, una forma de autocuidado es conocernos bien, pues, a través de la experiencia, que se desarrolla con dedicación y tiempo, se atiende la enfermedad.

*'Te digo, a lo mejor hay personas que tenemos para un glucómetro y otras que no, pero ¿cómo se sienten?, por ejemplo, dicen 'yo me terminé el refresco de naranja y me sentí mareado y todo eso y aparte orino naranja', y*

*por ejemplo, ya pasaron 3 días y ¿sigues orinando naranja?, no, pues ya no es normal, ya pasó algo ahí. Pero es lo que decimos, es tiempo, dedicación y autocuidado, conocerse uno mismo, o por ejemplo, yo les decía, a veces las orinas ya cuando empiezan a presentar espuma, '¿por qué tiene esa espumita mi orina?' y voy y le platico al doctor: 'oiga doc, mi orina, de repente saca así como espumita como burbujitas', pues el médico 'pues un examen de orina, a ver qué tiene', o '¿cómo anda de su creatinina y todo?', pues eso es lo que es el autocuidado, la experiencia y conocernos bien nosotros'. (Leticia, 2021)*

Un ejemplo de cómo Leticia atiende la enfermedad a través de la experiencia del padecimiento es observando las reacciones que tiene su cuerpo cuando toma los medicamentos o se aplica la insulina a determinadas horas, pues, esto le ha permitido establecer rutinas.

*'Le fui checando, 'si me la pongo a tales horas, me pasa esto; si me la pongo a tales horas, me pasa otra cosa'. Yo creo que eso también nos falta a los diabéticos, poner atención a las reacciones que tenemos y a las horas; porque no todas las horas son igual. Entonces, pues sí, hay que estarle ahí checando; también con la metformina, yo decía: 'no, es que, cuando me la tomo a estas horas y luego a estas horas, más o menos voy, pero si me la tomo a estas horas y a estas horas, sí llevo el control'. Entonces, es cuestión también como de estarle buscando'. (Leticia, 2021)*

*'Es como yo le comentaba, por ejemplo, con los medicamentos, a veces uno dice: 'ayúdales', ¿no? Establecidos a nivel mundial, el de cada 8 horas, 6 - 2 de la tarde - 10 de la noche, hacen bien para los antibióticos, pero no para una metformina, a la mejor, o para una aspirina, para una paciente hipertenso. Entonces, es cuestión de dedicarnos también tiempo, conocernos y sabernos. Porque a lo mejor es: 'ay comadre, fíjate que a mí, este, la Metformina me funciona a las 9 de la mañana, y usted que es mi comadre se la va a tomar también a las 9'; pero a lo mejor no le cae, no le hace el mismo efecto, a lo mejor su metformina es a las 6 de la mañana'. (Leticia, 2021)*

## OTRAS FORMAS DE ATENCIÓN

De igual modo, la enfermera Leticia considera que trabajar es una práctica de autoatención.

*'Yo digo: 'bueno, si a veces no nos cuidamos al cien estando activos; pues, estando inactivos, vamos pa' arriba', ¿no? O ya no vamos a usar esa motivación de saber que podemos autocuidarnos para durar más, para estar bien, para podernos mover por sí solos y aprovechar estos momentos en que nos podemos mover todavía'. (Leticia, 2021)*

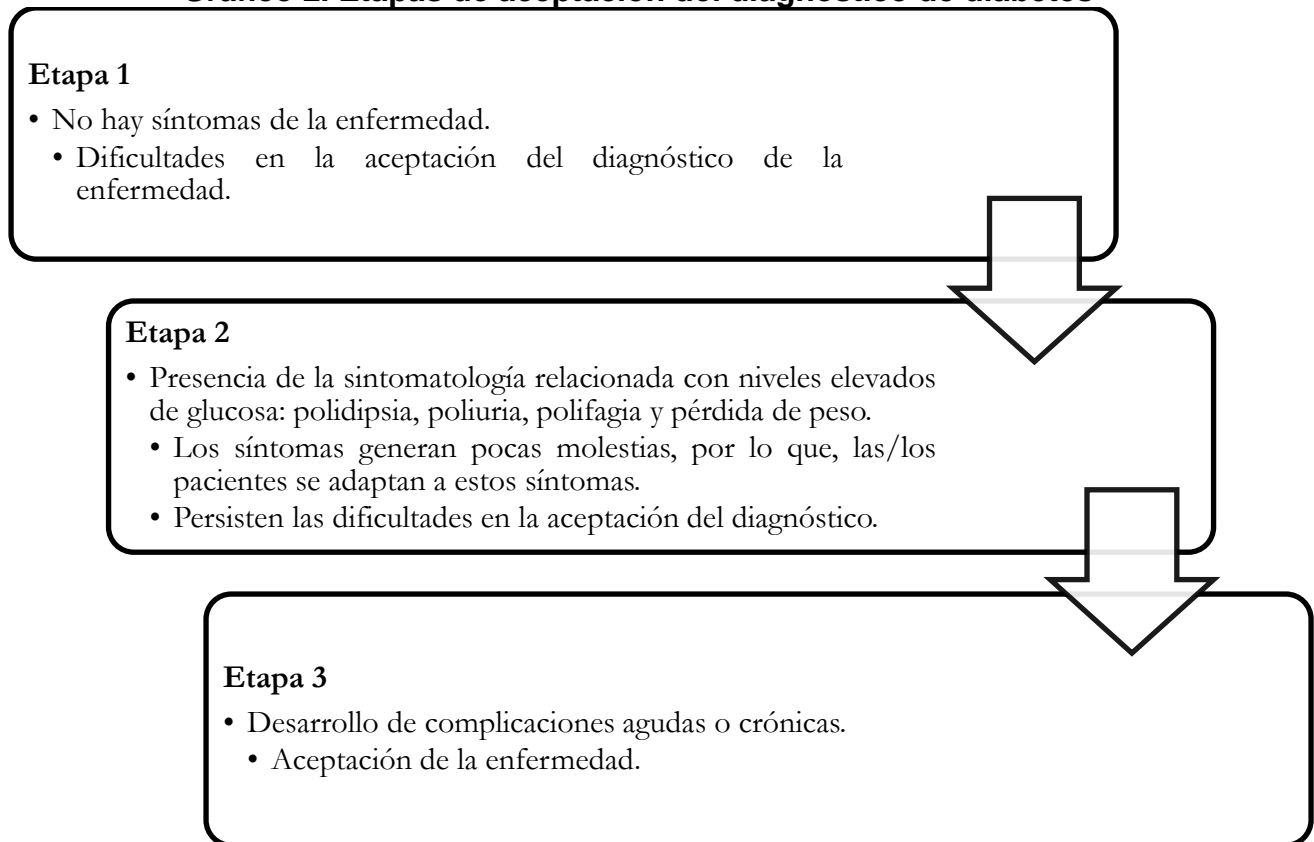
## 2.1.2 PADECER DIABETES: LA EXPERIENCIA DESDE EL PERSONAL DE SALUD

Dentro de la experiencia de atención a pacientes con diagnóstico de diabetes, el personal de salud identifica algunas situaciones por las que atraviesan las/los pacientes, por ejemplo: las dificultades relacionadas con la aceptación del diagnóstico y padecer otras enfermedades o condiciones de salud aparte de la diabetes.

### 2.1.2.1 LA ACEPTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

En la narrativa del personal de salud, se identifican 3 etapas por las cuales transita el paciente a partir del diagnóstico de diabetes; cada etapa está relacionada con una sintomatología determinada, con una interpretación y con una respuesta por parte del paciente (Gráfico 2).

**Gráfico 2. Etapas de aceptación del diagnóstico de diabetes**



Fuente: Trabajo de campo, 2021.

ETAPA 1: 'ME DIJERON QUE ERA DIABÉTICO, PERO YO NO CREO EN ESO, YO ME SIENTO BIEN'.

En esta etapa, después del diagnóstico de la enfermedad y, de acuerdo a la experiencia del personal de salud, las/los pacientes tienen dificultades para *asimilar* el diagnóstico, pues, ellos *se sienten bien*, lo que repercute en el cuidado y la atención a la enfermedad.

*'Luego dicen: ¡ay!, es que me dijeron que era diabético, pero yo no creo en eso, yo me siento bien'. [...] Y a la gente no le agrada mucho que le digan que es diabética, le pueden decir que tiene cáncer y lo acepta, y sabes que se va a morir, pero, si les dices '¿sabes qué?, tienes diabetes', 'pues sí', o sea, como si les dijeras, 'va a llover', 'pues sí, tápate y ya', ¿no? Entonces, sí es un estrago muy fuerte para un paciente diabético, asimilarlo, porque el mexicano no tiene esa conciencia de las consecuencias, na' más ve la enfermedad pero no ve las consecuencias, y eso es lo que más daño hace, porque no nos cuidamos'. (Leticia, 2021)*

*'Cuando le damos el primer bombazo: 'usted es diabético', y dicen '¿por qué?', 'ah bueno, pues mire, si usted tiene estrés, si se desvela, hace ayuno prolongado, come en exceso, tiene obesidad, hay predisposición genética, o sea, antecedentes familiares con diabetes, más la mamá, eso es lo que le lleva usted a la diabetes, su alimentación'; y me empiezan a decir 'pues yo como bien', 'pues sí, bien para llenarse pero no para nutrirse'. (Leticia, 2021)*

## ETAPA 2: 'DICEN QUE TENGO DIABETES'.

En esta etapa, aunque se presentan síntomas relacionados con niveles elevados de glucosa, las/los pacientes se adaptan a ellos, lo que también dificulta la aceptación del diagnóstico. Sin embargo, el personal de salud reconoce que la diabetes *da síntomas hasta que ya dañó un órgano*.

*'La diabetes es una enfermedad que no va a dar síntomas hasta que dañó algún órgano. Para empezar, no creen en la enfermedad, no creen que la tienen porque, aun cuando anden con 300 miligramos de glucosa se sienten bien, si acaso les dará cansancio, sueño, algunos síntomas de cuando está elevada, que es mucha sed, mucha hambre, que orinan mucho y lo tienen, pero se adaptan ellos, a esa situación y ya lo ven como algo normal. Incluso uno se da cuenta cuando todavía no tienen esa conciencia y esa sensación de la enfermedad, cuando uno les pregunta: '¿cuál es el motivo de su consulta?', y ellos me comentan: 'dicen que tengo diabetes', o sea, todavía ni siquiera, no aceptan la enfermedad, entonces, de ahí partimos, de que el paciente no va a tener responsabilidad en algo que él no acepta, que realmente está enfermo y ya'. (Adriana, 2021)*

Así mismo, la médica Adriana refiere que las/los pacientes se adaptan a tener niveles de glucosa elevados, que cuando llegan a bajar (aunque sigan estando elevados), las/los pacientes *se sienten mal*.

[Me comentan]: *'si me baja el azúcar, yo me siento mal', lo que pasa es que yo creo que también el cuerpo se adapta a tener 300 de glucosa. Luego, cuando yo les doy algo para bajar esos niveles para llegar a la meta terapéutica de control, ellos se sienten mal, ¿no?, porque el cuerpo está ya adaptado a andar con esos 300 de glucosa. Entonces empieza a bajar a 200 y ellos dicen: 'me siento mal', 'me siento débil', pero es un proceso de adaptación también al nuevo control que depende de su cuerpo'.* (Adriana, 2021)

### ETAPA 3: 'AHORA SI YA QUIERO CONTROLARME'.

En la última etapa, el desarrollo de alguna complicación crónica o aguda, es lo que, de acuerdo con el personal de salud, hace que el paciente adquiera consciencia de la enfermedad.

*'Cuando empiezan a tener la pérdida de peso excesiva, la sed, esa orina constante, problemas de visión, a veces hasta de coordinación, ya es cuando ya toman consciencia'.* (Leticia, 2021)

*'Hasta que no pasan una situación o que presentan un coma diabético, hablemos de 800 de glucosa, 700 de glucosa y que están inconscientes, que no saben ni quiénes son, ni que los familiares los llevan, y que están días hospitalizados, ya es cuando toman un poquito de consciencia. Pero no, el diabético como que no acepta esa enfermedad tan de repente'.* (Leticia, 2021)

El adquirir esta consciencia de la enfermedad es lo que conduce a las/los pacientes a realizar prácticas de cuidado ante la enfermedad.

*'El paciente toma consciencia hasta que empiezan a aparecer las complicaciones, cuando ya empiezan a perder la vista, o ya hay daño renal, o ya les tuvieron que amputar un dedito, que así empieza, después es el pie y la pierna y demás. Es cuando el paciente ya dice: 'ahora si ya quiero controlarme', 'ahora sí póngame insulina', 'ahora sí póngame lo que quiera', ¿no?, pero desafortunadamente para esa etapa pues las complicaciones ya están, ya nada es reversible, se podrá limitar que haya más complicaciones, pero el daño al órgano ya está hecho'.* (Adriana, 2021)

*'Hemos visto muchos pacientes como llegan a los hospitales ya con todas esas complicaciones y es cuando el paciente ya quiere hacer todo, 'quiero hacer la dieta, el ejercicio', y ya ni siquiera lo pueden hacer. Entonces por eso te tardas en incidir, en la educación al paciente, de quien lo permite, porque también hay pacientes que me dicen: '¡ay!, yo vengo a que me dé mi medicamento, no vengo a que me regañe', y desde ahí ya, nos cortan la inspiración médica'.* (Adriana, 2021)

#### 2.1.2.2 PADECER OTRAS CONDICIONES DE SALUD Y ENFERMEDADES

Por otro lado, el personal de salud refiere que las/los pacientes con diabetes, frecuentemente, también padecen hipertensión y dislipidemias, lo que incrementa su riesgo de tener una enfermedad coronaria, como un infarto o una angina de pecho.

*'La mayor parte de pacientes diabéticos cursan con dislipidemia, o sea, que tienen elevados el colesterol o los triglicéridos. Casi todos tienen elevados esos dos componentes o uno de ellos, en menor grado, pero sí hay casos muy, muy delicados, como esos de más de mil, ellos están pero sí en un riesgo enorme de que les dé un infarto, por esos niveles tan altos que manejan de triglicéridos'. (Adriana, 2021)*

La médica Adriana considera que las causas de la hipertensión y las dislipidemias es el tipo de dieta que llevan las/los pacientes, la cual, se caracteriza por el consumo de *muchos* alimentos *capeados*, y alimentos de origen animal, como el conejo, las carnitas y la barbacoa.

*'Tengo pacientes que me dicen: 'cada 8 días me voy a las carnitas o a la barbacoa', y luego sus triglicéridos están por los cielos, y aparte diabetes; yo les digo: 'en cualquier momento les puede dar un infarto'. He visto pacientes con más de mil de triglicéridos, por ejemplo, su riesgo de tener una enfermedad coronaria, como un infarto o una angina de pecho, es muy alto, aunado a la diabetes o la hipertensión'. (Adriana, 2021)*

### 2.1.3 DESCRIPCIÓN DE LA ATENCIÓN

#### 2.1.3.1 ¿CÓMO ES LA ATENCIÓN A LAS/LOS PACIENTES?

El objetivo de la atención al paciente con diagnóstico de diabetes es el *control* de la enfermedad, para evitar el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas. La atención está compuesta por diversos elementos: *orientación* de la enfermedad, *capacitación en alimentación*, *derivación al servicio de nutrición* y *prescripción farmacología* (que incluye el uso de nuevos fármacos). El *control* de la enfermedad se da cuando las/los pacientes logran las *metas terapéuticas* en los niveles de glucosa<sup>104</sup>, colesterol, triglicéridos y presión arterial, es decir, que sus niveles de estos indicadores estén dentro de los parámetros recomendados para un paciente con diagnóstico de diabetes.

*'Yo les digo: 'mire, si tiene 300 de glucosa, su meta es llegar hasta 130 para que digamos que usted está controlado. [...] Cada que usted come de más, su glucosa se eleva y esos picos de glucosas son los que afectan diario a sus ojos, sus riñones, su circulación y son los que le van a dar las complicaciones más adelante', y yo les comento: 'usted no siente nada ahorita, aparentemente está bien, pero esas elevaciones a diario le están*

---

<sup>104</sup> La meta terapéutica para el nivel de glucosa es 130 mg/dL.

*dañando sus órganos y ya cuando estén dañados es cuando usted va a sentir síntomas, pero ya para esa etapa, ya no es reversible, ya no podemos decir: 'ay, le voy a dar esto para que sus ojos mejoren, ya no, porque ya se dañó el órgano, va a haber tratamientos que le van a intentar ayudar, por ejemplo, aplicar láser a los ojos, cuando hay una retinopatía diabética, pero ya nada más es como una ayuda, jamás va a volver a lograr a tener la visión que tenía antes; o un riñón dañado, pues igual, ya cuando se sienta realmente mal, es porque su riñón ya está dañado y va a tener que hacer uso de una diálisis o hemodiálisis, esos tratamientos son para hacer la función renal, porque el riñón ya está dañado'. Entonces, esa es la información que yo les doy para tratar de concientizarlos y de que logren sus metas'. (Adriana, 2021)*

Sin embargo, la consulta de Medicina Familiar tiene una duración de 15 minutos, por lo que, el tiempo representa una dificultad para la atención al paciente. Para esta situación, el personal de salud ha desarrollado estrategias, como: cubrir los pendientes en la siguiente consulta, atender a los pacientes posteriormente como espontáneos, solicitar la ayuda del personal de enfermería o brindarles comunicación fuera de la consulta.

*Es complicado en 15 minutos poder atender toda la problemática que lleva el paciente, la ventaja es que lo que no alcanzas a hacer lo puedes hacer en la siguiente consulta. O cuando se requiere antes del mes, yo les digo: 'véngase como espontáneo y ya vemos lo que no nos alcanzó hoy', eso es lo importante, que no lo puedo hacer esperar hasta el próximo mes. O un paciente que le ajusto el tratamiento, o que le empiezo insulina, yo lo cito a la semana para ver cómo va. O a veces, les pido que deben tener su glucómetro para que ellos se estén checando, y no pensamos que el paciente no sabe usar el glucómetro, o dicen: 'me compré un baumanómetro para tomarme la presión, electrónico, pero no lo sé usar', todas esas situaciones, a veces, uno tiene que enseñar al paciente. Yo a veces les digo: 'no, pues va a venir y ya yo le enseño, o venga con la enfermera', y sí es una enfermera accesible, claro, sí les pido de favor que: 'va a venir, tal paciente en la semana, para que, por favor, le enseñe a usar su glucómetro o su baumanómetro o...', la duda que tengan. Y yo en mi caso, hay pacientes que sí les he dado mi número telefónico, y se van checando, y me dicen: 'doctora, hoy amanecí muy alta, me siento muy mal', y ya le digo: 'a ver, aumentese, a lo mejor la dosis de insulina, tanto, y mañana me vuelve a avisar cuánto', y así, más o menos los voy orientando por teléfono'. (Adriana, 2021)*

### 2.1.3.2 RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL CUIDADO DE LA DIABETES

El personal de salud hace uso de diferentes mensajes con el objetivo de que las/los pacientes lleven a cabo acciones para la atención a la diabetes. Estos mensajes tienen diversos fundamentos y formas de persuasión, por ejemplo, el uso de emociones para mediar comportamientos alimentarios.



*'Muchos pacientes le tienen miedo a la insulina, entonces, yo les digo: 'mire, si se pueden cuidar con su alimentación y su medicamento vía oral, ¿pa' qué?', les digo: 'pero habrá un momento en que el medicamento vía oral ya no les va a hacer por diferentes situaciones, que el organismo se acostumbra, el hígado ya no trabaja igual', les digo: 'entonces, van a tener que aplicarse insulina', 'ay, no, no, no', les digo: 'no le tenga miedo, es la mejor opción a veces, pero sí usted no quiere llegar a eso, mejore su alimentación, sus horarios de alimentación'. Y sí, lo hace la gente, pero mucha gente le tiene miedo a la insulina, porque dicen: 'no, es que con la insulina te vas a quedar ciego', y que esto y que el otro y..., o sea, mitos ¿no?, pero pues 'hora sí qué, cada cabeza es un mundo y pues no podemos a veces luchar contra ellos'. (Leticia, 2021)*

Otro de los recursos utilizados para impulsar acciones de cuidado en las/los pacientes es la familia.

*'Les hago mucho el comentario: '¿a quién quiere más?' y me dicen: 'a mi familia', y les digo: 'bueno, quiere mucho a su familia, entonces se va a cuidar, porque cuando usted esté en el hospital enfermo por alguna complicación de la diabetes, ¿quién va a estar afuera?', y ya me dicen: 'no, pues mi esposa o mis hijos', les digo: 'entonces, si usted quiere a su familia, debe preocuparse por cuidarse y que su familia no vaya a estar afuera de un hospital padeciendo de hambre, de frío y de angustia, porque usted está adentro enfermo', y les digo: 'usted como sea tiene una cama en el hospital, pero su familia está afuera', y aparte la afectación económica porque dejen de trabajar para estar ahí cuidando al paciente'. (Adriana, 2021)*

### 2.1.3.3 EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON DIABETES

El personal de salud resalta que, generalmente, las/los pacientes con diagnóstico de diabetes llevan un *mal control* de la enfermedad, pues, les es *muy difícil* cambiar sus *hábitos* alimenticios y, además, son pocos los pacientes que *se comprometen* a llevar *la dieta* y a hacer ejercicio. Para Adriana y Leticia esta situación es *muy frustrante*, sin embargo, ellas consideran que al final es *decisión* del paciente no llevar a cabo el tratamiento para la diabetes.

*'De mi población que me toca atender ahí, puedo contar con los dedos de la mano el número de pacientes que están controlados con diabetes, que son, por mucho, 5 pacientes, todos los demás, son pacientes mal controlados. [...] La población, es muy difícil que acepte cambiar sus hábitos alimenticios, sobre todo [...]. Se pueden contar el número de pacientes que realmente se comprometen, que llevan la dieta, que hacen el ejercicio, y que están bien controlados'. (Adriana, 2021)*

*'Siempre les hago esa referencia, de que si realmente quieren a su familia se tienen que cuidar, para que no lleguen a estar en esas complicaciones y no se conviertan en una carga para la familia y para la sociedad. Entonces, algunos pacientes sí lo toman en cuenta y lo hacen; pero la gran mayoría dicen 'no', bueno, nos dicen que 'sí' pero no lo hacen. Entonces, sí a veces es muy frustrante también como médico, estar diciendo y es que uno conoce y ve, y hemos visto muchos pacientes como llegan a los hospitales ya con todas esas complicaciones'.* (Adriana, 2021)

*'Les damos carteras de alimentación, y pues, ahí van, ¿no? [...] El 70% nada más me necesita una semana, y dicen: 'no, ya no [hago las recomendaciones de la cartera]', o es: 'no puedo', o esto, o el otro, le digo: 'pues es cuestión suya, yo cumplo con mi trabajo, se oye mal, pero yo ya he hecho mi trabajo, a mí me interesan los demás, si a usted se le complica o algo, pues ya es decisión suya'. Y pues ya, volvemos a lo mismo, hasta que presentan un evento, es cuando ya cambian'.* (Leticia, 2021)

Otro de los elementos que propician el mal control de la enfermedad es la falta de apego al tratamiento farmacológico, pues, de acuerdo con el personal de salud, las/los pacientes no se toman los medicamentos, lo que ocasiona que sus niveles de glucosa sigan elevados.

*'Yo creo que mientras no acepten su responsabilidad de la enfermedad como pacientes, pues, va a ser muy difícil, mientras el paciente no acepte que está enfermo y que debe de cuidarse. Yo les digo: 'yo les puedo dar la farmacia entera, pero si usted no hace la dieta y el ejercicio, pues, no vamos a lograr nada'. Así pasa, porque a veces hay pacientes que ya les combinamos los medicamentos, la insulina, y aun así, siguen elevados, y también el paciente es muy dado a mentir, a veces los medicamentos no se los toman'.* (Adriana, 2021)

Adriana y Leticia consideran que la causa del mal control de la enfermedad es que las/los pacientes no se aceptan enfermos o no asimilan la enfermedad, por lo que, no llevan a cabo las prácticas terapéuticas para la atención a la diabetes, en conclusión, no aceptan su responsabilidad de la enfermedad.

*'El mexicano no cree, hasta que lo vive, hasta que lo tiene, es cuando ya hace consciencia. Usted le dice a un paciente: 'oye, no comas eso porque te vas a hacer diabético', '¿quién le dijo?', ah ¡pero le da!, ahí sí: 'hubiera hecho caso, sí le hubiera puesto atención', le digo: 'el hubiera no existe'. Entonces, eso es lo que pasa con este tipo de enfermedad, es muy noble de momento, pero cuando ataca, ataca literal y feo. O sea, de momento, dicen: '¡ay!, tengo una ampollita en el dedo', y resulta que esa ampollita se hace otra ampollita y otra ampollita y cuando vemos ya le cortaron el dedo y dices: '¿pero por qué a los pies?', 'pues porque son el soporte*

*de todo tu peso y si no los cuidas, pus vas a empezar por ahí'. Entonces, sí es muy problemática la diabetes en pacientes, que la asimilen, que hagan sus recomendaciones, que empiecen a mejorar su alimentación, la mejoran cuando ya tienen o experimentan un coma diabético, 'no, ya me voy a portar bien'.* (Leticia, 2021)

Por lo que, 'responsabilizarse de su enfermedad' es lo que, de acuerdo con el personal de salud, hace falta para que las/los pacientes lleven a cabo el tratamiento para la diabetes y las recomendaciones.

*'Porque creo que lo que falta mucho es que la población acepte que tiene una corresponsabilidad en su salud. Yo siempre les comento: 'la enfermedad es tuya', y luego me empiezan a decir cosas como: 'es que no hago la dieta porque mi esposa hace otras cosas que no debo comer', y empiezan a culpar a diferentes situaciones o personas, cuando creo que cada quien debe ser responsable de su propia enfermedad y tener esa decisión de querer cuidarse para que más adelante pues no haya las complicaciones que se presentan en la diabetes, que son las que más recurso económico se llevan en el sector salud para atenderlas, como la insuficiencia renal, la ceguera, las amputaciones, que son de las 3 principales que hay, y que a futuro pues lo que no vemos es que no va a haber dinero que alcance, ni recurso que alcance para atender a toda esa población con complicaciones, que ya hay en el país'.* (Adriana, 2021)

Por otro lado, Leticia refiere que, como profesional de salud, debe tener una postura seria y profesional, lo cual, puede implicar que las/los pacientes se sientan regañados al momento de que les da orientación.

*'La gente, a veces, tiene la idea de 'pues ya estoy gordo, ya así me quedo', o 'es que he intentado todo y no bajo'. [...] O sea, por decir, si pesaba 100 kilos, al otro mes me llegaba con 102 y yo le decía: 'mire, un día le puede dar un infarto', yo soy bien extremista, luego le digo: 'mire, ok, usted está en su plan de no bajar de peso, qué bueno, pero ¿qué va a pasar si le da un derrame cerebral?, o las famosas embolias como las conocemos, que se queda medio cuerpo sin mover, ya no le digo completo, medio, ¿quién lo va a mover con esos 100 kilitos que usted no quiere bajar?, entre 3 o 4, al principio le van a ayudar y eso, ¿le gusta 3 meses?, y después se van a hartar y pues, échele ganas', así les digo. Y con los pacientes diabéticos les digo, 'usted tiene que cuidarse, porque si usted sigue en su afán de estar así con obesidad, con ese peso, qué Dios lo cuide, porque entre más peso tenga, más complicaciones va a tener', y ya así como que, pues más o menos les entra un rato. [...] [lo toman] como regaño, pero luego les digo 'piénselo bien, ¿qué es un regaño y qué es una orientación?, dura', yo les digo 'dura' porque yo no le voy a decir: 'oye, mi amor, fíjate que tienes unos kilitos...', no, mi postura como profesional es ser serio y profesional, no puedo estarle diciendo: 'oye, mi vida, fíjate que tienes un*

*kilo lleno de dulzura de tu cuerpecito, ¿cómo le hacemos?', jamás en la vida; dicen: 'es que usted me habla fuerte', 'pues porque así es mi tono de voz, cuando usted regaña a alguien, ¿qué es lo primero que hace?, manotea, pega y grita', ¿no?, dice, 'pues sí', '¿yo le manoteo, le pego, le grito?', dice 'no, pues no', 'pos le hablo, a lo mejor, usted lo siente fuerte, pero es mi tono de voz', y así como que ya van, como asimilando, y luego después vuelven a ir y me dicen 'oiga, fíjese que ya pensé lo que..., sí, tiene razón, ya también ya empecé a dejar de tomar refresco, y así', solitos, o sea, como que después les entra la cordura'. (Leticia, 2021)*

Otro de los elementos que se consideran parte del 'ser profesional de salud' es el ejemplo que se les da a las/los pacientes. De acuerdo a la narrativa de la enfermera Leticia, esto es uno de los factores que influyen en la atención y en el apego al tratamiento.

*'Una vez me dijo una señora 'es que mire, yo soy diabética, estoy bien gorda, señorita, pero pues mi médico está igual y me dice que yo baje de peso y luego está comiendo galletas y tomando café ahí cuando me está dando la receta'. Tiene razón, ¿no?, cómo vamos nosotros a promover un punto cuando ni siquiera lo dejamos de hacer o no respetamos, ese es el detalle, ¿no? Entonces, si vamos a orientar vamos a hacerlo bien y si no pues mejor damos lo que es lo clínico nada más, ¿no?'. (Leticia, 2021)*

Otro de los elementos que se presenta en la atención a las/los pacientes con diabetes es la forma en la que el personal de salud les persuade para que realicen las prácticas de atención a la enfermedad. Más adelante se da cuenta de las emociones como una forma de persuasión; aquí, se aborda la recomendación que les realiza la enfermera Leticia: cuidarse para tener vejez digna y un buen morir.

*'Eso es lo que siempre les hago énfasis a los pacientes crónico degenerativos, sean hipertenso, sean diabético, sean con cáncer, con artritis, les digo: 'muévanse por sí solos, vivan lo que ustedes tengan que vivir, no se sientan inútiles, no se sientan estorbos, nadie es estorbo; si tengo una familia que no nos ayuda, ni modo, hay gente que nace sin brazos, hay gente que nace sin vista y se mueven, nosotros a lo mejor el problema pues es que ya disfrutamos y nos sentimos torpes, pero pues no, nadie de esto se muere, entonces hay que aferrarnos a mover, hay que empezarnos a cuidar para tener una vejez digna, porque si tuvimos una niñez, una madurez digna, pues, hay que tener una vejez digna y un buen morir, eso es lo que debemos de pensar', y pues sí, hasta aborita la gente como que ya lo asimila un poquito más'. (Leticia, 2021)*

Por último, el personal de salud reconoce que existen otros factores que determinan la atención, como la comunicación y la empatía. Dar por entendido que el paciente comprendió lo que

el personal de salud le indicó, no explicarle la enfermedad y el tratamiento al paciente, además de otras condiciones que viven las/los pacientes, como la incapacidad para leer, son factores que influyen en que las/los pacientes lleven de manera adecuada el tratamiento para la atención a la diabetes.

*'También, a veces, nosotros como personal de salud tenemos esa falla de dar por entendido, o me llego un paciente: 'da por atentado que nosotros ya todo entendemos', y dije: 'sí, tiene razón, creemos que la gente con leerlo ya', pero a veces no leen, ni siquiera el día de su cita, a veces se les pasa, ¿no?, entonces, yo al menos les hago el énfasis de: 'esto es así y así y así'. (Leticia, 2021)*

*'A veces, como médicos no les explicamos bien sus medicamentos, o a veces toman tanto que no saben ni para qué es tanto medicamento, ¿no?; porque se les da para la diabetes, para la hipertensión, para la dislipidemia, si ese día llevaba infección de vías urinarias le dimos un antibiótico, se pierden dentro de todo eso. Entonces, lo que yo hago, luego me dicen 'apúnteme en la receta, para qué es', entonces ya les anoto 'para la diabetes', 'para la presión', es más fácil así, porque por nombres, de por sí los nombres de los medicamentos son complicados. Entonces, a veces, se confunden, y luego me dicen: 'me tomé esto para la infección', y resulta que lo que se está tomando es el analgésico y no se tomó el antibiótico. Entonces, hay que bajarse como que a su nivel cultural y explicarles. Hay veces, hay pacientes que hasta van y me dicen 'póngame en la cajita', y pues bueno, a veces, depende mucho del médico, la disponibilidad que tenga uno de poder hacer eso, o hay pacientes que a veces ni saben leer, o bueno, ahora ya se usan las recetas electrónicas, pero antes no le entendían a la letra del médico, y regresaban y 'me dieron esto, pero no sé, no le entiendo para qué es, póngale en la cajita' o 'póngame cada cuántas horas'. Entonces, yo siempre cargaba con mi plumón, porque ahí lo anotaba, pero pues eso depende mucho de la disponibilidad que tenga el personal de salud para hacerlo, pero sí no se los explicamos bien, pues no lo van a hacer bien tampoco'. (Adriana, 2021)*

Por otro lado, de acuerdo con la médica Adriana, conocer la salud bucal y auditiva de las/los pacientes, así como sus redes de apoyo, son factores que deben considerarse en la atención, pues son fundamentales para que las/los pacientes comprendan su enfermedad y el tratamiento, para que lo lleven a cabo y así haya un buen resultado.

*'No nada más es que doy la receta y ya, si no te explico tu enfermedad, si no veo las redes de apoyo, si ni siquiera le reviso la boca al paciente para ver si tiene dientes o no, ¿cómo le digo que coma si el paciente ya no tiene dientes?, son factores que, a veces, dejamos ir como médicos. Yo siempre les digo a mis médicos en formación, médicos internos, médicos pasantes y residentes de Medicina Familiar: 'nunca dejen esa parte*

*humana, o sea, sean empáticos con el paciente, porque tú como médico lo sabes, pero ellos no lo saben y tú no ves los factores, sí te escucho bien, para empezar, porque a veces ya en la tercera edad ya ni escuchan, y sí no le hablas fuerte o cerca del oído, pues, haz de cuenta que el paciente no te entendió nada'; y la otra parte es, asegurarnos de que el paciente te entienda, lo que le quieres decir, que te entienda como se toma sus medicamentos, que te entienda su padecimiento, para que también eso ayude a que él haga lo que tú le estás indicando. Entonces, yo creo que esa es una parte que nos debemos de asegurar todos los que trabajamos en el área de la salud, pero, lamentablemente, habemos de todo, como dicen ¿no?, hay gente que pues realmente no le interesa el paciente, sino cumplir con su horario y su número de pacientes, y ya; y si he escuchado también malas respuestas de compañeros cuando se regresan a decirle 'anóteme en la cajita', 'no, no, que le ayuden en su casa', ¿no?, cuando en su casa a lo mejor el paciente vive solo o los hijos no se hacen cargo de él, y pues, ¿cómo se queda el paciente?, perdido. Y pues todo eso influye, en que no vaya haber un buen resultado'. (Adriana, 2021)*

#### **2.1.4 OTRAS FORMAS DE ATENCIÓN: DIABETIMSS**

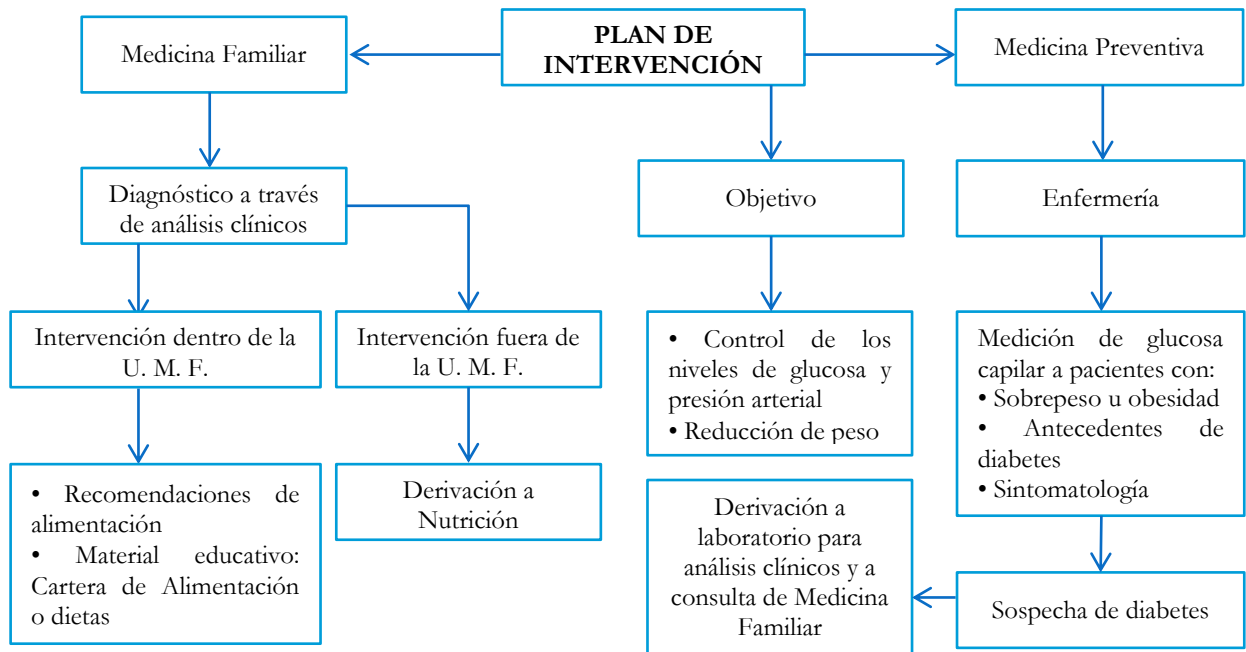
La médica familiar Adriana hace referencia del Programa DiabetIMSS; el cual, aunque no está implementado en la U.M.F. de Jocotitlán, si lo está en la Unidad donde ella es directora. Este programa se aplica en Unidades que son grandes y consiste en 12 sesiones de asesoría, las cuales se imparten cada mes en el periodo de un año. A las sesiones acuden pacientes con diagnóstico de diabetes controlados. Los temas que se abordan en el programa son: diabetes, alimentación, sexualidad, ejercicio, emociones, conteo de carbohidratos, lectura de etiquetas, cuidado de la boca y cuidado de los pies. En el programa participa el personal de medicina, enfermería, nutrición, estomatología y psicología, dependiendo del tema de la sesión. Respecto a las/los pacientes no controlados, ellos continúan recibiendo atención en Medicina Familiar, y en caso de que no haya buen control, su médico/médica familiar les puede derivar a Medicina Interna o a Endocrinología para que reciban una valoración.

### **2.2 PLAN DE INTERVENCIÓN ALIMENTARIA**

#### **2.2.1 DESCRIPCIÓN GENERAL**

En la U. M. F., la orientación alimentaria que se le proporciona al paciente con diabetes se realiza desde Medicina Familiar o desde Medicina Preventiva. Este proceso de orientación se resume en el gráfico 3.

**Gráfico 3. Plan de intervención clínica**



Fuente: Trabajo de campo, 2021.

## 2.2.2 LINEAMIENTOS

### 2.2.2.1 LA INTERVENCIÓN DESDE MEDICINA FAMILIAR

El proceso de atención que se lleva a cabo en Medicina Familiar es proporcionado por un médico/médica familiar y consiste en:

1. Diagnóstico de enfermedades de acuerdo a parámetros bioquímicos.
2. Prescripción del tratamiento farmacológico.
3. Orientación alimentaria a través de recomendaciones o material educativo, o bien, derivación al servicio de Nutrición<sup>105</sup> en la Ciudad de Toluca.

### 2.2.2.2 LA INTERVENCIÓN DESDE MEDICINA PREVENTIVA

El proceso de atención que se lleva a cabo desde Medicina Preventiva es proporcionado por un enfermero/enfermera y consiste en:

<sup>105</sup> De acuerdo a lo referido por el personal de salud, es el médico/a quien decide si se deriva al paciente a Nutrición, pues, *uno de cada mil solicita la ayuda de un nutriólogo* (Leticia, 2021).

1. Medición de glucosa capilar a partir de los 20 años a pacientes con sobrepeso u obesidad, o con antecedentes familiares de diabetes, o con sintomatología de la enfermedad; o a partir de los 45 años, cada 3 años. La medición se realiza en ayunas o con ayuno previo de 4 horas.
2. Si el resultado salió por encima del parámetro normal (alrededor de 10 mg/dL más de la cifra diagnóstica de diabetes, es decir,  $\geq 126$  mg/dL en ayunas), se hacen recomendaciones de alimentación (disminuir consumo de azúcares, pan, harinas, refresco, jugos, bebidas rehidratantes y energizantes) y se vuelve a tomar la medición en un mes. En caso de sospecha de diabetes porque los niveles de glucosa son altos, se deriva al paciente a laboratorio para que se realice unos análisis clínicos de glucosa y a consulta de Medicina Familiar para que le prescriban tratamiento farmacológico y le brinden orientación alimentaria.
3. Después de la consulta de Medicina Familiar, las/los pacientes regresan a Medicina Preventiva para que les entreguen una Cartera de Alimentación.

### 2.2.3 DIFICULTADES

Las dificultades que se presentan en la intervención alimentaria tienen que ver principalmente con la atención en el servicio de nutrición. La primer dificultad que refiere el personal de salud es la falta del servicio de nutrición en la Unidad; por lo que, las/los pacientes que requieren atención nutricia se derivan a la Ciudad de Toluca y esto conlleva problemas en el traslado, en la cuestión económica, en la disponibilidad de tiempo, aunado a esto, el personal de nutrición es escaso para la demanda de pacientes, lo que, genera otros inconvenientes en la atención.

*Nosotros como médicos les podemos dar una orientación, porque en sí, las dietas y todo eso de la alimentación, le correspondería al nutriólogo, pero como en Joco no hay ese servicio, se tendrían que derivar hasta Toluca y mucha gente no va, no va por el recurso económico, de: 'tengo que ir a sacar la cita y luego tengo que ir', aparte por la cantidad de nutriólogos que hay en el hospital, solo hay uno y atienden a mucha población, entonces las citas, a veces es una cita única, una valoración única, o sí los llegan a citar es en mucho tiempo, en 6 meses, por ejemplo, entonces se pierde la continuidad de la atención'. (Adriana, 2021)*

De acuerdo al personal de salud, otro problema que se presenta en la atención nutricia es la viabilidad de las/los pacientes para realizar los planes de alimentación sugeridos por el personal de nutrición, ya sea, por la dificultades en el acceso de los alimentos sugeridos o por la cuestión económica.



*'Los que he logrado que vayan [pacientes], en realidad llegan y avientan la dieta por ahí y se olvidan de ella, bueno, de las recomendaciones que les da la nutrióloga. Entonces, cuando les pregunto: 'a ver, pero ¿ya fue al nutriólogo?, usted sigue con el mismo peso, sigue elevado de glucosa; entonces, ¿qué ha pasado?', y me dicen: 'no, pues es que la verdad, no la estoy haciendo, porque lo que ahí me siguieren de alimentos, ni lo voy a conseguir y no tengo dinero para comprar esto'.* (Adriana, 2021)

Para el personal de salud, aunque las/los pacientes pudieran disponer de los recursos para llevar a cabo los planes de alimentación, ellos no lo quieren hacer o deciden no hacerlo.

*'El paciente va a buscar pretextos y peros para decir: 'no', 'no lo puedo hacer', pero la realidad es que no lo quieren hacer, porque ahí vienen sugerencias, ellos lo pueden cambiar. El cambio es más que nada en reducir los carbohidratos, los azúcares y tomar más cosas como el nopal, cosas que sí les podrían ser accesibles, las calabazas, el nopal, los quelites, lo que ellos tienen en su comunidad, la cuestión es que el paciente no decide hacerlo. A veces, es hasta inútil poder derivarlos porque al final van y no lo hacen. O hay gente que nada más me dice: 'ni me mande, porque no puedo ir', o: 'ni me mande, porque no lo voy a hacer'.* (Adriana, 2021)

Otra de las dificultades que se presenta en la atención nutricia se relaciona con la comunicación y los términos técnicos utilizados en consulta, pues, las/los pacientes desconocen el significado de palabras como calorías, porciones, colación y carbohidratos.

*'Si el nutriólogo les dice: 'tu dieta debe ser de tantas calorías', ellos no tienen en su mente esa idea. En ellos hay que buscar formas prácticas de enseñarles; por ejemplo, el nutriólogo muchas veces les dice: 'te toca una porción de fruta', ellos no saben ni qué es una porción. Entonces, eso es lo que les explico, que una porción es el tamaño de su puño, o sea, 'de ese tamaño es lo que te toca de fruta o de verdura'. O: 'guise un bistec de tantos gramos', y pues a veces es difícil que vayan a la carnicería y pidan: 'deme un bistec que pese tanto'; entonces, yo les digo: 'es un bistec del tamaño de la palma de su mano, eso es lo que te corresponde comer'. Son las dudas que, a veces, ellos tienen, sí les hablan en términos técnicos, o que ellos no comprenden, y es cuando hay que buscar formas más prácticas para que ellos aprendan a medir su porción. O, a veces, les dicen: 'una colación', y pues ellos no saben qué es una colación, y yo les digo: '¿en qué consiste la colación?, en tomar agua y una porción de fruta o verdura, solo una'. [...] Creo que en cuanto a la dieta, es esa la duda que siempre tienen'.* (Adriana, 2021)

*'A veces hay que hablarles al nivel cultural de la gente, si yo les digo: 'bájele a los carbohidratos', ni me van a entender qué es un carbohidrato, ¿no?'. (Adriana, 2021)*

Por otro lado, otra de las dificultades que se ha presentado en la intervención alimentaria, no específicamente del servicio de nutrición, es la disponibilidad de material educativo. Respecto a las Carteras de Alimentación, la enfermera Leticia refirió que en una temporada no recibieron material, por lo que, tuvo que solicitar a las/los pacientes que imprimieran el Plato del Buen Comer y lo utilizaran como guía para llevar su alimentación. Además, ella reconoce que llevar a cabo una dieta cuesta trabajo.

*Hubo una temporada, como unos 3 meses que no nos surtieron [Carteras de Alimentación], yo recomendaba a los pacientes que imprimieran el platillo del buen comer grande y que combinaran los 3 colores en su comida, por lo menos a la hora de la comida; y así, yo les digo: 'pa' que se vaya acostumbrando, para que cuando le mandemos una dieta, usted ya esté un poquito más amoldado, que ya no le cueste tanto trabajo el día que le digamos: hijole va a tener que agarrar su puñito así y así'. Entonces hay gente que sí lo toleraba, sí lo acepta, y hay que gente que no, ¿no?'. (Leticia, 2021)*

## 2.3 RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS

La médica Adriana y la enfermera Leticia refieren dar orientación alimentaria a las/los pacientes para la atención a la diabetes. El objetivo de las recomendaciones es reducir los niveles de glucosa en sangre y lograr un mejor control de la enfermedad. Las recomendaciones que dan consisten en:

- Reducir, evitar o sustituir el consumo de determinados alimentos.
- Sugerencias para comer fuera de casa.
- Realizar 5 tiempos de comida.

De manera general, las recomendaciones que dan la médica Adriana y la enfermera Leticia se resumen en la siguiente tabla.

**Tabla 30. Recomendaciones alimentarias indicadas por el personal de salud**

| <b>Recomendación general</b>                             | <b>Recomendaciones e información proporcionada</b>  |
|--|---|
| Disminuir el consumo de determinados alimentos y bebidas | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos como: azúcar, tortillas, pan, capeados y harinas.</li> <li>• Bebidas: refresco, jugos, rehidratantes o energizantes.</li> </ul> Respecto al azúcar, se proporcionó la siguiente información y recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación del contenido de azúcar de los refrescos.</li> <li>• Utilizar sustitutos de azúcar.</li> </ul> |
| Disminuir en cantidad                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos como: fruta y pan.</li> </ul>  |

|  |  |
|--|--|
| el consumo de determinados alimentos           |  |
| Evitar el consumo de determinados alimentos    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos como: azúcar y refresco.</li> </ul>   |
| Sustituir el consumo de determinados alimentos | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambiar el pan dulce por pan bolillo.</li> </ul>  |
| Sugerencias al comer fuera de casa             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Darse un gustito de vez en cuando.</li> <li>• Tomar agua en vez de refresco, o tomarlo en poca cantidad.</li> <li>• Comer en menor cantidad.</li> <li>• Consumir verdura como complemento de los alimentos.</li> <li>• Preferir comer comida corrida en vez de garnachas (tacos, gorditas o quesadillas).</li> </ul>  |
| Realizar 5 tiempos de comida                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar 5 tiempos de comida: desayuno, colación, comida, colación y cena.</li> <li>• Colaciones sugeridas: media fruta/gelatina/yogurt natural/una tortilla con sal/fruta o una porción de verdura y agua.</li> <li>• Evitar ayunos prolongados.</li> </ul>  |
| Otras recomendaciones                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar agua.</li> <li>• En caso de tomar terapias alternativas, no dejar de tomar el tratamiento farmacológico.</li> <li>• Realizar poco a poco las recomendaciones de la Cartera de Alimentación.</li> <li>• Reducir de peso.</li> <li>• Se proporcionó información acerca del tamaño de las porciones.</li> </ul> <p>Respecto a la actividad física, se proporcionó la siguiente información y recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar ejercicio.</li> <li>• Dedicar 10 minutos, de manera continua, a una actividad física, como caminar o a realizar ejercicios en casa.</li> </ul> |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

El personal de salud realiza estas recomendaciones basándose en diferentes fuentes. Por un lado, la médica Adriana refiere que las recomendaciones que ella proporciona se basan en los lineamientos establecidos en las Guías de Práctica Clínica que están disponibles en la plataforma CENETEC; las cuales son validadas, actualizadas periódicamente y contienen recomendaciones de alimentación, tratamiento y seguimiento. Por otro lado, ella refiere que el personal de medicina recibe frecuentemente capacitaciones sobre los tratamientos para la diabetes; en ellas también se abordan otras temáticas, como la hipertensión y dislipidemias. Además, Adriana indica que ya tienen acceso a nuevos medicamentos para el control de la diabetes.

Para la enfermera Leticia, padecer diabetes configura su forma de brindar atención, pues, las recomendaciones que da surgen de su experiencia del padecimiento.

*'Todas esas recomendaciones son mías, de mi experiencia propia que yo les transmito a los pacientes, porque yo siempre he dicho 'lo científico no lo vamos a quitar, eso tiene bases, fundamento, hipótesis, comprobación y todo, pero la vida nos hace aprender un poquito más en base a lo científico''. (Leticia, 2021)*

Sus recomendaciones consideran las situaciones de la vida cotidiana y están basadas en la empatía, pues, Leticia reconoce el antojo que generan ciertos alimentos y las consecuencias que consumirlos pueden generar en los niveles de glucosa.

*'A veces dicen: 'es que si no me como 5 tortillas, siento que no como', yo le digo: 'mire, yo era de que si no comía 8 panes al día, sentía que no comía, hoy por hoy me como un pan y medio, o dos panes; pero ya entendí que comer 8 panes me hace daño y va a subir más mi glucosa y voy a tener más problemas', y es cuando ya están ahí: 'ah bueno, entonces es malo', 'a ver, no es malo el alimento, lo que es malo es la cantidad' y empezamos... como a reeducar, o sea, les damos carteras de alimentación, y ahí van'. (Leticia, 2021)*

*'Pasa uno por un puesto de tacos en la noche, dice uno: 'mmm, ay... huele riquísimo, pero es que soy diabético', 'cómete 2 y te aplicas, no tomes refresco, toma agua con los tacos', luego dicen: 'es que no sabe', 'entons tómate medio refresquito, un charquito, pa' que no más se te bajen los tacos', porque, por ejemplo, si es un taco al pastor, va a llevar piña, ahí está el azúcar, les digo: 'si son tacos, por ejemplo, de suadero, de otra cosa', les digo: 'hay pepinos, cómete unos pepinos para que equilibres la grasa y el azúcar de la tortilla'. Entonces, es lo que les digo, que tenemos que aprender, y pues sí, como que va asimilando la gente esas recomendaciones; a lo mejor no son muy buenas, ¿verdad?, pero son reales, les digo yo: 'son reales, somos de este mundo', o luego por ejemplo dicen: 'es que se me antojó la otra vez un atole y un tamal', 'sí, comételo, cómete la mitad de tamal, la mitad del atole y ya, párale de contar, porque si no en la noche vas a estar con 400 de azúcar', le digo, 'pero ya te diste tu gusto, ya el otro día te aplicas. [...] Tonses son situaciones que son complicadas, yo siempre les digo: 'ya deja de comer para llenarte, come para estar bien', y sí, como que si me entiendo con la gente, si lo aceptan, si lo toleran mucho'. (Leticia, 2021)*

Por último, el personal de salud reconoce la falta de eficacia que puede implicar prohibirle ciertas prácticas de alimentación a las/los pacientes, por lo que, no realizan recomendaciones que les prohíban.

*'Prohibirle al paciente, no lo van a hacer de todos modos. Por ejemplo, hay personas que les digo: '¿cuántas tortillas consume en su comida?', hay gente que dice: 'yo me como 10 a 15 tortillas', yo les digo 'no, pues no, a usted le tocan, si son de maíz, una, si son de tortillería, dos', '¡no, cómo cree!, me voy a morir de hambre, me voy a enojar, ya le reduje 1', 'ya no se coma 15, cómase 10 y así le va ir bajando, poco a poco'.* (Adriana, 2021)

## **2.4 HERRAMIENTAS Y TÉCNICAS DE ENSEÑANZA DE ALIMENTACIÓN EN DIABETES TIPO 2**

La Unidad de Medicina Familiar dispone de material educativo para proporcionar orientación alimentaria a las/los pacientes. Del material disponible, algunos forman parte de campañas y programas oficiales del IMSS, y otros, son herramientas proporcionadas o sugeridas por el personal de salud.

### **2.4.1 CARTERA DE ALIMENTACIÓN CORRECTA Y ACTIVIDAD FÍSICA**

La Cartera de Alimentación es una Guía de Salud elaborada por el Instituto Mexicano del Seguro Social, cuya finalidad es el control de peso. Este material educativo está dirigido a la población general y contiene recomendaciones para llevar a cabo una alimentación correcta y un plan de actividad física. La Cartera de Alimentación se actualiza periódicamente; cuando se realizaron las entrevistas, la cartera disponible era la del sexenio 2012 – 2018.

La enfermera Leticia refirió haber llevado a cabo las recomendaciones de este material, y en la entrevista narró su experiencia.

*'Sí la gente la realiza como debe de ser, porque yo también la realicé, o sea, dije: 'no vamos a recomendar algo y no funciona', pero si uno hace lo que viene ahí, las dietas, los 30 minutos de ejercicio, los 2 litros de agua, uno baja entre un kilo y medio y dos kilos'.* (Leticia, 2021)

### **2.4.2 ROTAFOLIO 'PLATO DEL BUEN COMER'**

Otro material educativo disponible en la Unidad es un rotafolio enfocado a la alimentación. Este material, además incluye un plato con 3 divisiones, cada división pertenece a un grupo de alimentos: fibra, proteína y cereales y contiene impresos de las raciones de alimentos. El personal de enfermería debe dar pláticas acerca de la información que contiene el rotafolio, para complementar las recomendaciones de la Cartera de Alimentación.

### 2.4.3 MATERIAL DE LA CAMPAÑA ‘CHÉCATE, MÍDETE, MUÉVETE’

La enfermera Leticia refiere que en la Unidad cuentan con una manta que dice ‘Chécate’, su objetivo es invitar a los derechohabientes a medir su cintura y sacar su Índice de Masa Corporal, para que así, conozcan si están en peso normal, sobrepeso u obesidad grado I, II o III.

### 2.4.4 OTROS MATERIALES

Así mismo, el personal de salud les recomienda materiales que ellas disponen o conocen. En el caso de la médica familiar Adriana, ella refiere que en la U.M.F. donde trabaja hay servicio de Nutrición, por lo que, a veces les comparte a las/los pacientes los planes de alimentación o dietas de la nutrióloga de su Unidad. Esta práctica la realiza principalmente por las dificultades que tienen algunos pacientes para acudir a consulta de Nutrición a la Ciudad de Toluca, así como por las dudas que le han llegado a comunicar en la consulta.

*‘Se supone que las dietas deben ser individualizadas, pero hay una dieta que es en general para el paciente diabético, está apegada a las 1,200 calorías que debe consumir por día. Son las que yo a veces les comparto, les saco copias y se las entrego a mis pacientes, para que de ahí tomen ideas. Hay pacientes que también me las han llegado a pedir, me dicen: ‘¿usted no tiene una idea de qué alimentos?’, y ya agarro una hojita de las que luego le saco copia y se las entrego’. (Adriana, 2021)*

Por otro lado, la enfermera Leticia, igualmente, con el objetivo de brindar orientación alimentaria, y también como alternativa cuando no hay Carteras de Alimentación, les solicita a las/los pacientes que impriman el ‘Plato del Buen Comer’ para que les sirva como guía para su alimentación.

*‘Se les pide a los pacientes que impriman el platillo del buen comer, en grande, es la recomendación que yo les hago, y les digo: ‘la función de este platillo del buen comer es juntar varios alimentos para tener fibra, energía, para desempeñarse como debe de ser, tiene un fin’, les digo: ‘viene de colores, todo lo que esté en el mismo color, lo puedes intercambiar, claro, con las cantidades que les está marcando, porque vienen las cantidades en ese librito [en la Cartera de Alimentación], [...] si le tocaba una pechuga con espinacas, y no tiene espinacas tiene calabacitas y están en el grupo verde, cómase las calabacitas’, [...] ‘imprima su platillo del buen comer, intercámblele si no tiene, no es forzoso así que la lleve al 100% al principio, ¿por qué?, porque nos estamos acomodando, la economía también, y esta dieta la puede utilizar toda su familia, no pasa nada, el que está gordo va a bajar, el que está flaco se va a mantener, usted no se preocupe, los niños también la pueden comer’’. (Leticia, 2021)*

### 3. LA ALIMENTACIÓN DE LAS Y LOS PACIENTES DESDE LA EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE SALUD

En esta sección se describe la alimentación que llevan las/los pacientes desde la experiencia del personal de salud; así como, las formas de autoatención relacionadas con la alimentación que realizan para tratar la diabetes. También, se abordan las dificultades que presentan las/los pacientes alrededor de la alimentación; la forma en cómo la familia se involucra en su alimentación; y por último, los recursos y obstáculos presentes en el municipio para llevar una alimentación saludable.

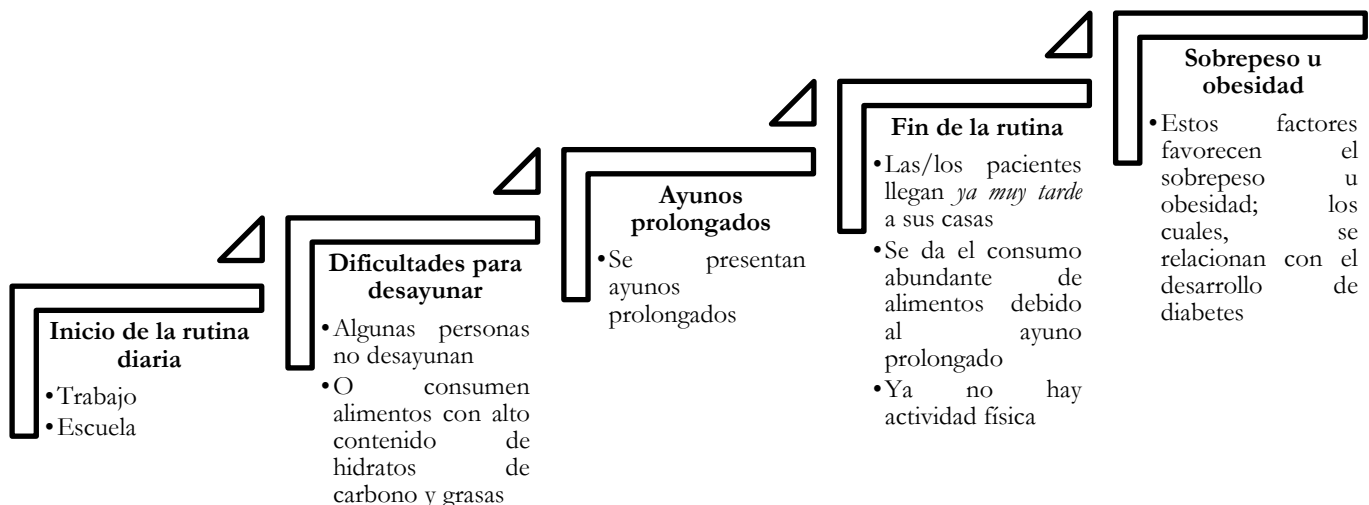
#### 3.1 DESCRIPCIÓN GENERAL

Para describir la alimentación que llevan las/los pacientes se retoman algunos momentos que definen el trascurso de la enfermedad: el diagnóstico, el padecer diabetes y el desarrollo de alguna complicación.

##### 3.1.1 ALIMENTACIÓN ANTES O AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

De acuerdo al personal de salud, la mayoría de las/los pacientes no lleva una disciplina en la alimentación al momento del diagnóstico de la enfermedad (Gráfico 3). Su alimentación está definida por las dificultades que la rutina diaria les generan para llevar una alimentación adecuada.

**Gráfico 4. Alimentación al momento del diagnóstico de la DM2**



Fuente: Trabajo de campo, 2021.

La médica Adriana refiere que las/los pacientes suelen irse a trabajar o a estudiar sin desayunar, lo que propicia que tengan ayunos prolongados o que consuman alimentos con alto

contenido de hidratos de carbono y grasas. Después, llegan a sus casas ya muy tarde y comen de manera abundante debido al ayuno prolongado; sumado a esto, como es en la noche, ya no realizan actividad física. Para el personal de salud, todo esto propicia el sobrepeso y la obesidad, que son factores de riesgo para el desarrollo de la diabetes.

Además de todas estas dificultades, el espacio laboral o educativo de las/los pacientes no dispone de los recursos para que lleven una alimentación más balanceada; o bien, su trabajo les conduce a que realicen prácticas alimentarias que son perjudiciales a su salud.

*'Muchas veces argumentan que no tienen la disponibilidad de tener una alimentación más balanceada en sus áreas de trabajo o escolares'. (Adriana, 2021)*

*'Decía un señor que él tomaba el famoso Monster®, porque trabajaba en la noche, o el Red Bull®, se lo tomaba antes de entrar a trabajar. Entonces, él no había probado alimento desde las 4 de la mañana, que era la hora que había cenado en su empresa; a las 9 de la mañana, salió con una glucosa de 300, dije, bueno, me está diciendo que se tomó 2 Red Bulls® antes de entrar a trabajar para aguantar, yo le decía: 'evítelos''. (Leticia, 2021)*

### 3.1.2 ALIMENTACIÓN DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO

El personal de salud refiere que solo algunas/algunos pacientes realizan cambios en su alimentación después del diagnóstico de la diabetes; sí bien las causas de esto son diversas, tener responsabilidad de la enfermedad es un elemento que Adriana y Leticia consideran fundamental para realizar acciones de autocuidado. En este apartado se habla al respecto, y también se resumen los cambios de alimentación realizados por las/los pacientes y algunos elementos que definen su alimentación cotidiana.

#### 3.1.2.1 ¿QUIÉNES REALIZAN CAMBIOS Y POR QUÉ?

El personal de salud refiere que un determinado porcentaje, o cantidad de pacientes, son quienes llevan a cabo el tratamiento recomendado para la atención a la diabetes, y que por lo tanto, su control de la enfermedad es óptimo. Dentro de la experiencia que tiene Adriana como médica familiar, los pacientes que llevan a cabo prácticas de atención para el control de la diabetes son pacientes hombres y de aproximadamente 30 años. Adriana considera que el grado escolar que



tienen, que son jóvenes y el compromiso que tienen con su salud y su familia son los factores que determinan que realicen cambios en su alimentación.

*‘La mayoría de esos pacientes que tienen buen control son de los más jóvenes, ellos aborita en cierta manera tienen más conciencia de las consecuencias de una mala alimentación. Entonces, lo que he visto es que son personas de mediana edad, los 5 son hombres, de 30 años y que tienen disciplina para llevar a cabo lo que se les pide’. (Adriana, 2021)*

Por otro lado, la enfermera Leticia considera que, de manera general, las/los pacientes que realizan cambios en su alimentación es porque aceptan el diagnóstico de la enfermedad, experimentaron alguna complicación (aguda o crónica) y por sus hijos y nietos.

*‘Primero porque asimilan que son diabéticos, que tienen una enfermedad, que ya no la van a poder evitar. Dos, ya pasaron por un coma diabético y estuvieron a punto de morir. Y tres, quien quiere vivir para ver a los nietos o los hijos si están pequeños; esa es la triste realidad, nunca por ellos mismos, siempre por los demás y cuando aprenden a vivir por ellos para los demás, es cuando mejoran en todos los sentidos’. (Leticia, 2021)*

*‘De un 100%, un 30% entendemos que hay que planear un nuevo menú, el 70% se la sigue. [...] Entonces, el 70% sigue alimentándose como si nada, sigue tomando refresco, sigue tomando, por ejemplo, las bebidas de energía, Monster®, todas esas; o se les hace fácil ‘no pues es que cuando tengo la glucosa baja, me tomo un lucerna’. Hasta que no pasan una situación o presentan un coma diabético, hablemos de 800 de glucosa, 700 de glucosa y que están inconscientes, no saben ni quiénes son, ni que los familiares los llevan y que están días hospitalizados. Ya es cuando toman un poquito de consciencia, pero el diabético como que no acepta esa enfermedad tan de repente’. (Leticia, 2021)*

De acuerdo con la enfermera Leticia, otra de las razones por las que las/los pacientes realizan cambios en su alimentación, es el inicio del tratamiento con insulina.

*‘Cuando tienen niveles altos que no los pueden bajar y que [ya] van a meter la insulina, ahí es cuando ‘oye, ¿qué puedo comer?, ¿qué no puedo comer?, ‘oiga, y...’, porque, ‘yo no quiero que me den insulina, yo quiero bajar mi glucosa’. Ahí es cuando hay más interés, se aplican más, cuando el último recurso es la insulina, cuando ya no hay de otra y les empiezan a aplicar insulina’. (Leticia, 2021)*

### 3.1.2.2 LA RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMEDAD

Uno de los elementos que identifica el personal de salud en las/los pacientes que realizan cambios en su alimentación es la consciencia de la enfermedad; la cual, hace referencia a aceptar la enfermedad y sus consecuencias. De acuerdo a la médica Adriana, esta llega una vez que aparecen las complicaciones.

*La diabetes es una enfermedad que no va a dar síntomas hasta que daño algún órgano. Para empezar, [los pacientes] no creen en la enfermedad; [...] si acaso les darán los síntomas de cuando está elevada [la glucosa], pero se adaptan a esa situación y lo ven como algo normal. Incluso uno se da cuenta cuando todavía no tienen esa consciencia y esa sensación de la enfermedad, cuando uno les pregunta: '¿cuál es el motivo de su consulta?', y ellos me comentan: 'dicen que tengo diabetes'. O sea, todavía ni siquiera aceptan la enfermedad. Entonces, de ahí partimos, de que el paciente no va a tener responsabilidad en algo que él no lo acepte, que realmente está enfermo; el paciente toma consciencia hasta que empiezan a aparecer las complicaciones.'* (Adriana, 2021)

Para el personal de salud, aceptar el diagnóstico de la enfermedad, permite hacerse responsable de la misma y por lo tanto, realizar acciones de autocuidado.

### **Aceptación del diagnóstico → Responsabilidad de la enfermedad → Acciones de autocuidado**

Llevar a cabo las acciones de autocuidado para la atención a la diabetes, como hacer la dieta y el ejercicio, se resume en una decisión de las/los pacientes, que se toma una vez que aceptan su responsabilidad de la enfermedad.

*Yo creo que mientras no acepten su responsabilidad de la enfermedad, como pacientes, pues va a ser muy difícil. Mientras el paciente no acepte que está enfermo y que debe cuidarse. Yo les digo: 'yo les puedo dar la farmacia entera, pero si usted no hace la dieta y el ejercicio, no vamos a lograr nada'.* (Adriana, 2021)

*'Creo que todo es decisión del paciente, cuando él decida cuidarse, es cuando va a hacer realmente una dieta. Yo les he dicho mil veces: 'mire, con que disminuya el pan, las tortillas, los azúcares y quite el refresco; seguramente va a tener más beneficios en su salud, va a empezar a bajar de peso, y sí le agrega un poco de ejercicio diario, pues va a poder ir logrando mejoras en sus niveles de glucosa o en el peso'. Algunos pacientes sí lo hacen un tiempo, otros lo intentan, otros nunca lo intentan, y así, hay de todo tipo de pacientes. [...] Pero es poca la gente que tiene esa decisión de realmente cuidarse.'* (Adriana, 2021)

### 3.1.2.3 CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN

De acuerdo al personal de salud, los principales cambios de alimentación que realizan las/los pacientes son los siguientes.

**Tabla 31. Cambios en la alimentación de las y los pacientes**

| <b>Cambio</b>                                   | <b>Especificaciones</b>   |
|---|---|
| Reducción del consumo de determinados alimentos | Alimentos como: <ul style="list-style-type: none"><li>• Azúcar (principalmente el que se añade a las bebidas, como al café y al agua de sabor)</li><li>• Refresco</li><li>• Dulces y chocolates</li><li>• Pan</li><li>• Tortillas</li><li>• Fruta</li></ul>   |
| Reducción del consumo general de alimentos      | Alimentos como: <ul style="list-style-type: none"><li>• La comida del guisado</li></ul>   |
| Suspensión del consumo de determinadas bebidas  | Bebidas como: <ul style="list-style-type: none"><li>• Refresco</li><li>• Bebidas alcohólicas: pulque</li></ul>  |
| Implementación de prácticas alimentarias        | Prácticas alimentarias: <ul style="list-style-type: none"><li>• Consumir agua natural</li><li>• Evitar comer a deshoras</li><li>• Realizar 3 tiempos de comida: desayuno, comida y cena</li><li>• Realizar colaciones</li><li>• Evitar cenar fuerte</li></ul> |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

Una de las razones por las cuales las/los pacientes reducen el consumo de pan, tortillas y refresco es por la información que les proporciona el personal de salud.

*Los empiezan a dejar cuando uno les dice que esos alimentos propician a que les aumente el nivel de glucosa, muchos pacientes le tienen miedo a la insulina'. (Leticia, 2021)*

### 3.1.2.4 ALIMENTACIÓN COTIDIANA

El trabajo es uno de los factores que definen la alimentación cotidiana de las/los pacientes; pues, establece los horarios para que las personas coman. De acuerdo con Leticia, en los espacios laborales de las/los pacientes no se suelen fijar horarios para realizar todos los tiempos de comida, por lo que, tienen que hacer ayunos prolongados.

*'Hay pacientes que me dicen: 'es que yo na' más tengo media hora para comer, pero ya no puedo salir para nada'. Entonces, un diabético es: desayuno, colación, comida, colación, cena; y ¿a qué horas hace la colación?, ahí está el detalle, entonces, sí es un ayuno prolongado'. (Leticia, 2021)*

Otro de los elementos que caracterizan la alimentación cotidiana es el consumo de refresco; de acuerdo con el personal de salud, su consumo está arraigado en la población, y aunque se relaciona con el incremento de los niveles de glucosa, también es una forma de autoatención para algunos síntomas de la diabetes.

*'Hay pacientes que el refresco es algo que consumen demasiado, a las personas les es muy difícil dejarlo. Hay pacientes que luego comentan: 'me tomé mi receta con poquita Coca', '¿cómo con Coca?!', 'es que, sí me baja el azúcar, yo me siento mal'. Lo que pasa es que, yo creo, que también el cuerpo se adapta a tener 300 de glucosa'. (Adriana, 2021)*

### 3.1.3 ALIMENTACIÓN EN COMPLICACIONES

El personal de salud refiere algunos síntomas y condiciones de salud que presentan las/los pacientes cuando desarrollan alguna complicación, las cuales, por sí mismas afectan su alimentación. En el siguiente fragmento, la médica Adriana describe la alimentación para un paciente con enfermedad renal, la cual está caracterizada principalmente por las restricciones dietéticas.

*[En] un paciente con insuficiencia renal se empieza a restringir el consumo de proteínas, o la carne. Para esa etapa, la misma condición del paciente, hace que ya no coma tanto; se sienten ya tan mal, están hinchados de todas partes, ya no orinan, su condición de salud ya no les permite comer tanto. En esa etapa, la diabetes se controla por sí sola. El paciente, por su condición, ya no tiene ganas de comer, ya no consume todo lo que consumía antes; empiezan a bajar mucho, mucho de peso y se empiezan a edematizar. Si no se controla con diálisis la insuficiencia renal, empiezan otras complicaciones, como problemas respiratorios, que hacen que su apetito ya no sea el mismo; entonces, al contrario, se agregan más restricciones dietéticas, para tratar de ayudar un poco más al riñón enfermo. Para esa etapa, el paciente dice: 'ahora sí me tomo lo que sea, ahora sí deme insulina, ahora sí deme todo', pero ya ni lo requiere, porque solito el cuerpo empezó una fase de compensación, ya por sí mismo el paciente deja de consumir tantos alimentos'. (Adriana, 2021)*

Cuando se desarrolla alguna complicación es cuando, de acuerdo a la experiencia del personal de salud, las/los pacientes se ordenan, es decir, intentan llevar a cabo el tratamiento para la diabetes.

*'Un paciente se ordena hasta que tiene una complicación, una amputación, una insuficiencia renal, una ceguera. Es cuando entienden que sí estaban enfermos, que sí tenían que llevar una buena dieta y que no lo hicieron; pacientes que consumen alcohol, pacientes que siguen comiendo, pacientes que dicen 'si me he de morir, pues, que sea comiendo'.* (Leticia, 2021)

### 3.2 PRÁCTICAS DE AUTOATENCIÓN RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN

Adriana y Leticia refieren que algunos pacientes han llegado a consumir tés, jugos, plantas, productos naturistas o sopas con la finalidad de disminuir los niveles de glucosa y reducir de peso. De acuerdo con la médica Adriana, al ser más rural la población, se da más el consumo de productos naturistas, los cuales son consumidos principalmente por las mujeres.

**Tabla 32. Formas de autoatención a la diabetes**

| Producto       | Ingredientes/presentación                     | Finalidad  | Especificaciones                          |
|----------------|---|--|---|
| Tés de plantas | Por ejemplo, laurel                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentirse mejor</li> <li>• Reducción de los niveles de glucosa</li> </ul>    | -   |
| Moringa        | Natural o en cápsulas                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de los niveles de glucosa</li> <li>• Reducción de peso</li> </ul> | Se consume diario                         |
| Jugo verde     | Xoconostle, apio, naranja, alfalfa y jengibre | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de peso</li> </ul>  | Se suelen preparar en casa                |
| Sopa           | Cebolla, col y jitomate picado                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de peso</li> <li>• Atención a la diabetes</li> </ul>              | Fue eficaz en la paciente que la consumió |

Fuente: Trabajo de campo, 2021.

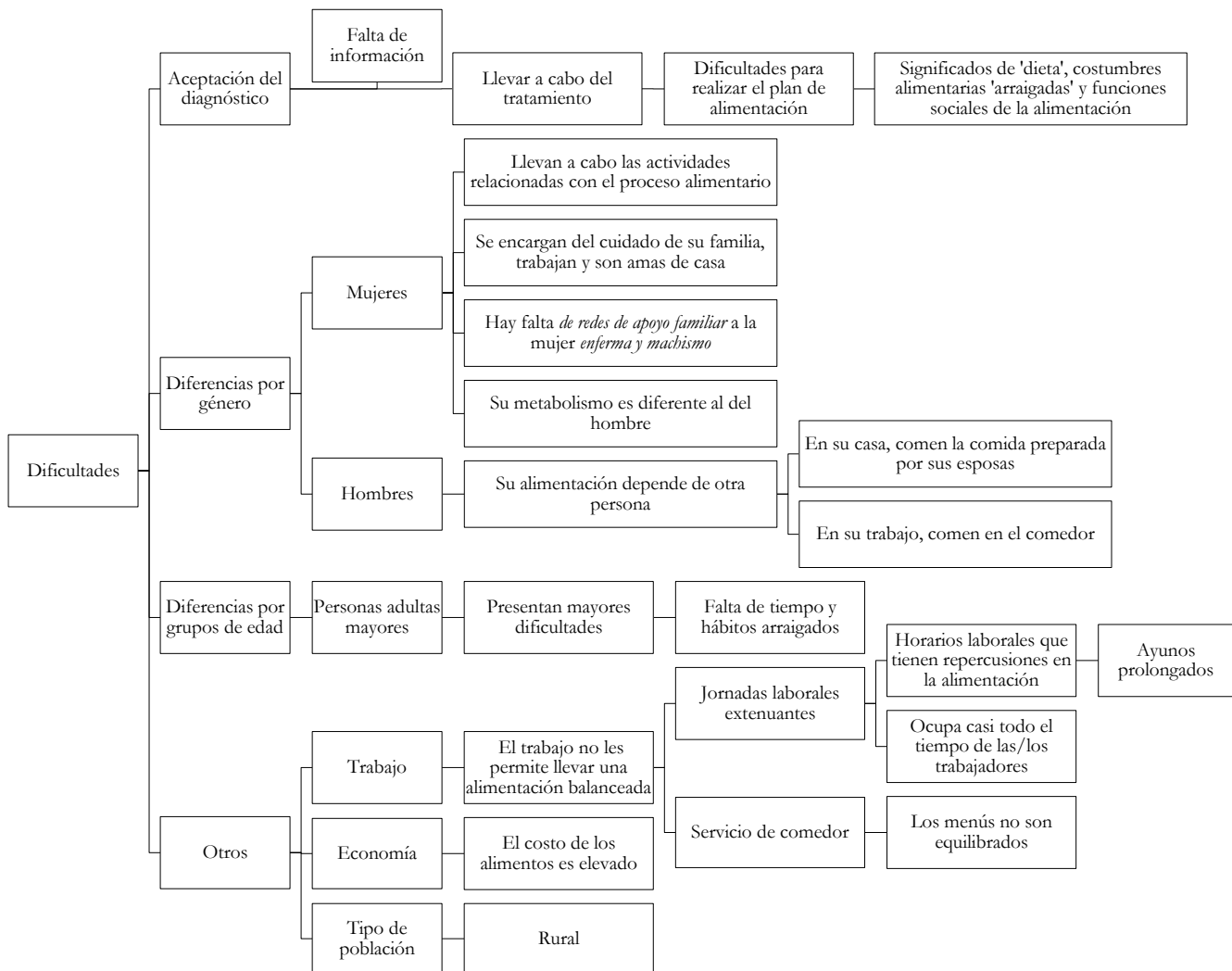
El personal de salud refiere que no se opone a que las/los pacientes hagan uso de estos tratamientos, pero sí les sugieren no dejar de tomar el tratamiento farmacológico prescrito por su médico familiar.

*'Hay pacientes que me dicen: 'me dijeron que me tome el té de laurel, que ayuda a bajar la azúcar', yo les digo: 'no dejen de tomar sus medicamentos que les da el Seguro Social, tomen sus alternativas, sí les dicen que poniéndose imanes en la cabeza, póngaselos; que sí la pomada, póngasela; que si el té de..., tómese, na más con medida'. O sea, nunca les he dicho: 'no lo haga', porque sí nosotros le decimos a la gente 'no lo haga', lo va a hacer y va a dejar de tomarse el medicamento'.* (Leticia, 2021)

### 3.3 DIFICULTADES EN TORNO A LA ALIMENTACIÓN

Las dificultades que identifica el personal de salud respecto a la alimentación de las/los pacientes se resumen en el gráfico 5, después se aborda cada una de manera específica.

**Gráfico 5. Dificultades en torno a la alimentación**



Fuente: Trabajo de campo, 2021.

### 3.3.1 ACEPTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y REALIZAR UNA DIETA

De acuerdo con el personal de salud, la primer dificultad que enfrentan las/los pacientes es la falta de aceptación del diagnóstico de la enfermedad, pues de ello depende llevar a cabo el

tratamiento para la atención a la enfermedad. Sí bien los factores implicados en la aceptación del diagnóstico pueden ser diversos, la falta de información es considerada uno de ellos.

*Yo creo que esa falta de información, también hace que los pacientes no le den importancia a ese tipo de enfermedades, y por lo tanto no se cuiden. Desde ahí falta la aceptación. Falta la aceptación y que no acepten el tratamiento, no acepten el cuidado y demás, todo eso genera muchas cosas'. (Adriana, 2021)*

*No aceptan que son pacientes con diabetes y que ahora tienen que modificar sus estilos de vida'. (Adriana, 2021)*

Por otro lado, el personal de salud, también considera que la alimentación, de la cual, el componente biológico – nutricional forma parte del tratamiento a la diabetes, también deriva en ciertas dificultades. Por un lado, por los significados que existen alrededor del término ‘dieta’, por la exigencia de una nueva forma de alimentación que va más allá de las costumbres y recursos económicos de las/los pacientes, así como por la decisión de las/los pacientes de no querer dejar de comer lo que les gusta.

*Primero, el mal concepto que tienen de qué es una dieta. Para ellos [las/los pacientes] dieta es: 'me va a quitar todo y no puedo comer lo que a mí me gusta'; luego, hay algunas dietas que sí son un poco complicadas de llevar a cabo o que no pueden adquirir las cosas que vienen ahí. Algunas otras [dificultades], es que el paciente no quiera hacerla, la mayor parte de las veces es esa la razón, que él no quiere llevarla a cabo y no quiere dejar de comer lo que le gusta'. (Adriana, 2021)*

*'Cada paciente no se aplica a las dietas y tienen un mal concepto de dieta; porque para ellos, dicen: 'es que si hago una dieta me voy a morir de hambre', para ellos dieta es dejar de comer y no es así'. (Adriana, 2021)*

Así mismo, dentro de las exigencias de una dieta se cruzan costumbres alimentarias ‘arraigadas’ y situaciones en donde la alimentación tiene otras funciones además de nutrir, como las que se dan en los momentos de convivencia.

*Es muy difícil, es como una adicción también (risas), a su alimentación, porque hay gente que dice: 'no, yo no puedo dejar mi pan, es que yo llevo años, toda mi vida me he comido 2 panes en la mañana'. [...] Hay gente que me dice: 'yo de plano no, no puedo vivir sin mi Coca o sin mi pan', o hábitos que ya tienen arraigados, como llevan toda una vida así, pues es más complicado todavía'. (Adriana, 2021)*

*'Le digo: '¿qué tanto ya está teniendo [de glucosa]?, ya no está haciendo la dieta', 'no, pues no, es que esta semana fui al cumpleaños de no sé quién, y comí pastel y refresco y demás', ¿no?, y le digo: 'no, mire, cuando vaya así, coma pero un poquito'. Porque si uno les dice que todo, no lo van a hacer, mejor decirles que lo reduzcan poco a poco, y hay gente que sí'. (Adriana, 2021)*

### 3.3.2 DIFERENCIAS POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

El personal de salud refiere que los grupos que presentan mayores dificultades para llevar a cabo las recomendaciones de alimentación son las mujeres y las personas adultas mayores. Para Adriana y Leticia, las situaciones que les generan dificultades a las mujeres son: que sean ellas quienes realicen las actividades relacionadas con el proceso alimentario, el metabolismo propio de las mujeres y que ejerzan los roles de madre, ama de casa y mujer trabajadora, pues ello deriva en otras dificultades, como la falta de tiempo.

*'A las mujeres, como que les cuesta más llevar a cabo la dieta. Yo creo que tiene mucho que ver con que ellas cocinan, siento que el estar en la cocina hace que coman más. Aparte, el metabolismo de la mujer es diferente al del hombre, es más fácil para un hombre bajar de peso que para una mujer'. (Adriana, 2021)*

*'En las mujeres más jóvenes, su limitante, casi siempre me dicen que son los horarios laborales; entran muy temprano, a las 5 de la mañana y regresan a las 6 - 7 de la tarde. Entonces, realmente regresan cansadas y ya no quieren hacer ejercicio; muchos se van sin desayunar, la mayoría no desayuna. [...] Siempre es la limitante esa, en las mujeres que trabajan y el tiempo. Luego me dicen: 'en la tarde llego, tengo que llegar con mis hijos, y que las tareas, y que preparar la comida, y pues yo llego muy cansada, ya no hago ningún desayuno, y pues como...', y ahí es cuando comen más porque hacen ayunos prolongados, comen mucho, y se van a dormir y ya no hubo ninguna actividad física'. (Adriana, 2021)*

*[Respecto a quien presenta más dificultades para hacer cambios en su alimentación] la mujer, definitivamente, porque, resulta que es ama de casa, trabajadora y mamá. Entonces, luego, 'que quedó esto del hijo, me lo como, me lo llevo al trabajo para comérmelo', o 'quedo esto del guisadito, me lo llevo al comedor y ahí en el trabajo echamos tacos todas'. (Leticia, 2021)*

Por otro lado, de acuerdo con el personal de salud, de los pocos pacientes controlados, la mayoría son hombres. Si bien se hace referencia de que el hombre se adapta o es más moldeable, su ausencia en las actividades del proceso alimentario y la necesidad de alguien que les provea la



alimentación es implícita. Así mismo, el alcohol figura como una de sus dificultades en la alimentación.

*'El hombre es más, lo que le ponga la mujer, sí lleva, y si no, sí tiene comedor, pues come en el comedor, pero se va adaptando. El único problema del hombre es cuando toma, por el refresco o la cerveza que consume, hay gente que todavía acostumbra el pulque o los curados, que también llevan azúcares. Pero en cuestión de dejar comidas, no, al hombre se le hace más fácil, como que es más moldeable, de hecho, que la mujer'. (Leticia, 2021)*

Respecto a las diferencias entre grupos de edad, el personal de salud reconoce que las personas adultas mayores son quienes presentan mayores dificultades para realizar cambios en su alimentación, principalmente por los hábitos arraigados que tienen, es decir, por formas de alimentarse que han realizado durante toda su vida o que aprendieron desde niñas/niños. Del mismo modo, se reconocen las dificultades que presentan las personas jóvenes.

*'En las mujeres, siento más de la tercera edad, siento que es muy complicado, por los hábitos arraigados que tienen y porque para ellos se les hace como qué, '¿ya para qué?', ¿no? [...] Se les complica demasiado'. (Adriana, 2021)*

*'A mayor edad, más rebelde; dicen la frase: 'si me he de morir, que sea a gusto, comiendo lo que a mí me gusta', o 'es que esa dieta ya no me gusta, ya me enfado, ya no le tengo sabor, tengo que buscar otras cosas'. O sea, digamos, le bajan al azúcar, pero a la tortilla y al pan no, dicen: 'no me lo puedo quitar', 'sí yo no como 12 tortillas siento que no como porque yo toda mi vida así he sido y así me enseñaron desde niño'. En etapa intermedia, digamos que 50 y 50 modifica, le es fácil modificar y el [otro] 50 le cuesta un poquito de trabajo pero finalmente lo hace; y el joven, como que no lo entiende, como que: '¡ay!, no hay pierde', hasta que tiene una experiencia propia'. (Leticia, 2021)*

### 3.3.3 OTRAS DIFICULTADES: TRABAJO, ECONOMÍA Y TIPO DE POBLACIÓN

Otras de las dificultades que presentan las/los pacientes para realizar cambios en su alimentación es el trabajo, la cuestión económica y el tipo de población.

*'Sí trabajan, el horario de trabajo y el dinero; sí son amas de casa, el dinero, para [hacer] modificaciones, siempre hacen mucho énfasis a la economía, y pues sí, sí lo analizamos sí, porque, pues ya toda la fruta y la verdura sale más cara que un pollo y que una carne, sí se entiende'. (Leticia, 2021)*

*'Siendo una comunidad un tanto rural y sobre todo en personas de la tercera edad, es muy difícil. Yo les digo: 'hay que hacer ejercicio', y dicen: 'no, ¿pero a qué hora?, sí yo tengo que hacer quehaceres y no tengo tiempo'.* (Adriana, 2021)

Las dificultades que generan algunos trabajos en la alimentación de las/los pacientes son diversas. Por un lado, los horarios de trabajo repercuten en los horarios de alimentación de las/los pacientes, causando ayunos prolongados, y posteriormente, el consumo abundante de alimentos. Por otro lado, el personal de salud refiere que en los comedores de las empresas se proporcionan dietas mal equilibradas.

*'Hay pacientes que son obreros y entran a las 6 de la mañana. Entonces, se van sin desayunar y su hora de desayuno es a las 9 y le empacan, y de ahí hasta las 3 - 4 de la tarde que salen de trabajar, un taco, una torta, es lo que se comen. Llegan a su casa 7 - 8 de la noche, y cenan lo que hicieron de comer en la casa, o sea, sí por ejemplo hicieron un mole de olla, se lo comen como si fueran las 2 de la tarde con sus 8 tortillas'.* (Leticia, 2021)

*'En 'equis' empresa, no sé si a todos los empleados les den de comer o nada más a unos, pero sus dietas están mal. Por ejemplo, acá en Atlacomulco hay empresas que tienen su comedor, pero sus dietas están súper mal equilibradas; o sea, como que los alimentan para que tengan energía para trabajar, pero excedente. A veces voy a vacunar y me dan de comer, en una ocasión nos dieron: agua de limón, bien azucarada, nos dieron sopa, arroz, tortas de papa, frijoles y 12 tortillas en la charola, y todavía de postre nos dieron un chocolate pequeño y 3 galletas maría... pues, realmente no está equilibrada esa dieta'.* (Leticia, 2021)

El personal de salud reconoce que la gente de comunidad es la que batalla con su dieta, o que, debido a que la comunidad es un tanto rural, les es muy difícil apearse a las recomendaciones de alimentación.

*'Hay gente que está céntrica en Joco o en Atlacomulco, pues sí hacen una dieta más en forma. La gente de comunidad es la que batalla con su dieta, pero aun así se cuida; o sea, ya toman conciencia [...] Pero la mayoría, aborita, hace sus tres comidas como puede, cuidándose pero como puede'.* (Leticia, 2021)

Aunque Adriana y Leticia identifican como una dificultad el hecho de que la población pertenezca a una comunidad rural, no dieron muchas referencias al respecto, excepto la médica Adriana que hizo mención del machismo.

*'Siendo una población todavía rural, aún persisten muchas prácticas machistas. El hombre, por ejemplo, si se enferma la mujer, y ella dice: 'pues, tengo diabetes, debo hacer esto', no hay apoyo de los hombres, precisamente, por ese machismo que todavía hay de 'ay, no tienes nada', de que le den menor valor a la mujer en esas situaciones, eso favorece que no haya esa red de apoyo también. [...] la mujer que esté enferma, pues es problema de ella, porque no va a tener mucho apoyo familiar'. (Adriana, 2021)*

### **3.4 FAMILIA**

La familia es uno de los elementos centrales en la atención a la salud a las/los pacientes con diabetes. El personal de salud identifica las condiciones familiares que favorecen o repercuten la atención a la salud en las familias de pacientes jóvenes y en aquellas donde hay personas adultas mayores. Por un lado, en las familias de las/los pacientes adultos mayores, las condiciones que la médica Adriana resalta son: la falta de redes de apoyo familiar, la responsabilidad que tienen los adultos mayores en el cuidado de sus nietos, el abandono de sus hijos y la falta de apoyo para el cuidado de su salud.

*'En la tercera edad, la mayoría no tienen redes de apoyo familiar. Había personas que los hijos no se hacen responsables de los nietos; entonces, esas personas en lugar de ponerse a cuidar su salud, yéndose a hacer sus ejercicios, su dieta y demás, tienen que cuidar a los nietos. La otra es, sufren mucho de abandono de los hijos. He escuchado muchas historias de abandono, los hacían caer en depresión; no hay redes de apoyo, los hijos se pelean, pero por no ayudarlos. Incluso para llevarlos a las consultas, hay personas que ya tienen afectada la visión; o a veces, faltaban a sus citas, y ya interrogándolos bien '¿por qué no vino a su cita?', 'nadie me pudo traer' y viven en comunidades un poquito alejadas a lo mejor de la Unidad, y 'es que todos mis hijos trabajan, nadie me pudo traer y yo ya no veo bien', y ya usan bastón. Creo que falta mucho esa red de apoyo familiar, sobre todo para el adulto mayor'. (Adriana, 2021)*

En el caso de las familias jóvenes, se admite el rol de la esposa como persona cuidadora del paciente enfermo, el riesgo de desarrollar diabetes que transmiten los padres hacia los hijos y la integración familiar como un elemento que favorece el cuidado por parte de la familia al paciente con diabetes.

*'Los que son jóvenes, [si] ellos deciden llevar un buen control, lo hacen, pero por ellos mismos. Si el papá es el enfermo, pocas familias son las que dice la esposa: 'ya todos estamos haciendo la dieta, porque...'; también eso habla mucho de la carga familiar que tienen ya para sus hijos, 'no pues ahorita cuida a tus hijos, te necesitan,*

*enfócate en el ejercicio, para que de adultos no vayan a tener enfermedad, porque ahorita ya tienen esa posibilidad de ser diabéticos porque usted ya es diabético', y si es papá y mamá, pues aumenta el riesgo todavía más. Entonces, desde ahí yo trato de decirles: 'desde niños cuiden la alimentación de sus hijos'; son pocas las familias que si me llegan a decir: 'ya todos estamos haciendo la dieta', 'ya nadie toma refresco', o 'ya le bajamos todos a la tortilla', o 'ya nos vamos a hacer ejercicio todos', para apoyar a la persona enferma de la familia. Son muy pocas, pero sí se llega a dar; eso lo he visto, sobretodo en familias jóvenes. Yo creo que porque hay una buena integración familiar y sobretodo sí es el papá, que es el principal apoyo de la familia. Creo que eso influye mucho, y sí hay una buena relación de pareja, pues aún más. Creo que eso es lo que los motiva a apoyar a la persona enferma'. (Adriana, 2021)*

Así mismo, la familia reconoce que el familiar que padece diabetes come o debe comer diferente. La enfermera Leticia explica que esta situación afecta emocionalmente a la familia y al familiar.

*'A veces le piden a la familia 'es que tu papá está diabético, no vamos a comprar refresco', 'bueno, él es el diabético, a lo mejor no le vas a dar 8 vasos porque ya sabemos que él es diabético, pero le puedes dar un vasito de vez en cuando'. O sea, es lo que también les hacemos conciencia a los familiares, porque dicen: 'es que ya no comemos esto', así como tristeando, y eso le afecta al paciente diabético, porque se siente así como que está causando un problema en la alimentación de los demás'. (Leticia, 2021)*

Por último, el personal de salud refiere la importancia de la familia en la alimentación del paciente con diabetes; por un lado, se quiere que la familia le ayude al paciente con su alimentación, aunque, se le hace referencia de que no está obligada a comer lo mismo que el familiar con diabetes.

*'Dicen: 'ay, es que tu abuelito es diabético y no come eso, y no vamos a comer eso porque tu abuelito es diabético', o: 'tu mamá ya es diabética y no vamos a comer', 'no, haber, uno es el enfermo, dos, vamos a ayudarle con su alimentación, tres, la familia no estamos obligados a comer lo mismo porque no todos somos diabéticos'. Ese énfasis siempre se los he hecho, porque siempre me preguntan '¿y qué puedo comer y qué no puedo comer?', 'haber, le voy a dar la cartera de la alimentación, ahí vienen sus medidas, algunos alimentos que dicen 'rico en azúcares', obviamente usted le va a dar la mitad de la mitad, porque, se le va a disparar el azúcar', ¿no?, y es cuando empiezan como a entender, como a querer aprender a darle de comer a su paciente'. (Leticia, 2021)*

### **3.5 RECURSOS Y OBSTÁCULOS DE LA COMUNIDAD**

### 3.5.1 RECURSOS

Adriana y Leticia describen que los recursos con los que cuenta la comunidad para llevar a cabo prácticas de atención a la diabetes son, por un lado, la disponibilidad de alimentos locales y el acceso a espacios para realizar actividad física.

*'Tienen todavía espacios donde pueden hacer ejercicio; por ejemplo, en la entrada hicieron una ruta para correr, he visto que va mucha gente. Tienen muchos lugares naturales donde pueden hacer ejercicio. En cuanto a la alimentación, mucha gente todavía se dedica al campo, o sea, todavía se pueden obtener muchos productos naturales, que son saludables y que pueden ayudar a un buen control de cualquiera de sus enfermedades.'*  
(Adriana, 2021)

### 3.5.2 OBSTÁCULOS

La médica Adriana considera que uno de los obstáculos que enfrenta la población para llevar a cabo prácticas de atención a la diabetes es el desconocimiento que tienen acerca de las enfermedades.

*'El no tener el conocimiento de las enfermedades, hace que les den menos importancia, y por tanto pues 'no me cuido', ¿no? Entonces, hay cosas que, a veces, uno piensa que el tener acceso ahorita a tanta información, es decir, 'ah, pues, ya todo está en internet, hay tanta información, ¿cómo puede alguien no saber ciertas cosas?', ¿no?, pero sí se da'.* (Adriana, 2021)

Por otro lado, el machismo es considerado un obstáculo que afecta el cuidado de la salud, pues, favorece la falta de redes de apoyo familiar en las mujeres.

*'La falta de adquirir autocuidado para su salud, la responsabilidad de sus enfermedades y en muchas ocasiones la falta de redes de apoyo familiar. Siendo una población todavía rural, aún persisten muchas prácticas machistas. El hombre, por ejemplo, sí se enferma la mujer, y ella dice: 'pues, tengo diabetes, debo hacer esto', no hay apoyo de los hombres, precisamente, por ese machismo que todavía hay de 'ay, no tienes nada', de que le den menor valor a la mujer en esas situaciones, eso favorece que no haya esa red de apoyo también. [...] la mujer que esté enferma, pues es problema de ella, porque no va a tener mucho apoyo familiar. Aun cuando yo digo que va cambiando un poco esa mentalidad, todavía vi muchas prácticas así, incluso de que para entrar a consulta la mujer, tenía que ir el hombre, porque el médico era hombre, porque, pues cómo iba a entrar con un hombre. [...] Creo que todos esos factores socioculturales, también influyen negativamente en el cuidado de la salud de todos'.* (Adriana, 2021)

Los obstáculos que la enfermera Leticia ha observado en su práctica clínica son la disposición de las/los pacientes y la falta de recursos económicos para llevar un cierto tipo de alimentación.

*'El problema es el económico, no todo está al alcance del paciente, o sea, vamos a ser realistas, ni de un paciente hipertenso, ni de un paciente crónico, ni con cáncer, ni con uno con insuficiencia renal. A lo mejor requieren ciertos alimentos, los hay en la comunidad, pero no hay el poder económico como para decir 'sí, los voy a comprar todos'; intercambian y buscan la manera de acomodar su recurso económico con su dieta; eso sí lo veo y sí lo he visto en los pacientes'. (Leticia, 2021)*

### **3.6 ESTIGMA**

Las formas en las que se expresa el estigma en la diabetes son diversas: en la cotidianidad, en las relaciones sociales, en la atención a la salud y en la alimentación. La idea de que la diabetes es incurable y su asociación con la muerte; las ideas y los adjetivos con los cuales se les relaciona a las/los pacientes, como: el diabético no entiende o el diabético es muy terco; y el hecho de que se considere al paciente como una carga para la familia y la sociedad, son factores que vulneran y estigmatizan a las personas que padecen diabetes.

*'Es muy problemática la diabetes en pacientes, que la asimilen, que hagan sus recomendaciones, que empiecen a mejorar su alimentación, la mejoran cuando ya tienen o experimentan un coma diabético, dicen: 'no, ya me voy a portar bien', y dicen 'no ahorita, pues no, gracias, soy diabético', o 'no, no acostumbro', así dicen ¿no?, porque hasta parecería así como una enfermedad maldecida, ¿no? Dicen: 'tengo diabetes', así como: 'estoy embrujado o estoy maldito', ¿no?, no sé qué le pasa a la gente, y hay gente de 'abbb', además es el comentario que sigue, de: 'ay, pues pobre de ti porque, hijole tienes diabetes y nunca te vas a curar, te vas a morir', '¡ay!, pues gracias por tu comentario', pero, te digo, hay que clausurar ese tipo de comentarios, ¿no?'. (Leticia, 2021)*

*'Normalmente el diabético no entiende, [...]. Y a la gente no le agrada mucho que le digan que es diabética, [...]. Entonces, sí es un estrago muy, muy fuerte para un paciente diabético, asimilarlo, asimilarlo porque no, no, el mexicano no tiene esa consciencia de las consecuencias, na' más ve la enfermedad pero no ve las consecuencias, y eso es lo que más daño hace, porque no nos cuidamos [...]. Pero no, el diabético es grave, es muy terco, muy terco, muy, como que no acepta esa enfermedad tan de repente'. (Leticia, 2021)*

*'Siempre les hago esa referencia de que si realmente quieren a su familia se tienen que cuidar, para que no lleguen a estar en esas complicaciones y no se conviertan en una carga para la familia y para la sociedad'. (Adriana, 2021)*

Alrededor de las personas que padecen diabetes se crea un estereotipo que por sí mismo es estigmatizante. Por ello, llevar a cabo las prácticas alimentarias recomendadas para la atención a la diabetes es una forma de dar a conocer que se padece diabetes, y por lo tanto, correr el riesgo de ser estigmatizado. Esta situación repercute en la atención a la enfermedad.

*'Hay familias, que acostumbran el refresco, no acostumbran el agua natural [...]. Entonces, al que está diabético le dan un vasito muy chiquito, así como para, pues no sé, na' más pa' que no se quede con el antojo [...]. De repente a la gente, ya hasta se les olvida, o más bien les da pena, o no quieren que sepan que son diabéticos, y toman el refresco'. (Leticia, 2021)*

A través de la comida se puede excluir a las personas que padecen diabetes, pues, una de las funciones de los alimentos es convivir y en la diabetes suele haber una lista de alimentos y bebidas que deben evitarse, como el refresco. La enfermera Leticia refiere que padecer diabetes no debe significar eso.

*'El proceso de la alimentación también depende de la afectación psicológica del paciente, ya estoy enfermo, ya no me lo voy a quitar, mi alimentación, mi estado emocional y mi estado físico, mi familia, mi trabajo, mi sociedad, que vienen siendo los amigos y empezar a entender que no debe de ser una enfermedad de miedo, ni que debe ser algo que se oculte, ¿no?, de: 'pos a nadie le voy a decir que soy diabético', todo lo contrario, para que vean que somos unas personas con una enfermedad pero que no quiere decir que ya vamos a estar relegados marginalmente, ni económicamente, ni emocionalmente, ni de comida. Y que nosotros debemos de aceptar que todo gira, pero no alrededor de nosotros, nosotros alrededor del mundo y que nosotros debemos de poner el ejemplo en todo, ¿no?, eso es a lo mejor algo que sí debemos de aplicar nosotros como trabajadores de la salud y como pacientes...'. (Leticia, 2021)*

*'Yo les digo, 'entendemos que estamos en una reunión familiar, a veces, hay refresco', porque si tiene que haber, ¿no?, pero no decirle: 'no, a él no le den refresco porque está diabético', ¡oye!, sabes que le hace daño el refresco, le puedes dar un tantito así para convivir con ustedes y me estás cuidando', ¿no?, 'ya después me das agüita', [...]. Porque yo les digo: 'estoy enferma, no discapacitada', es muy diferente y hay que aprender eso'. (Leticia, 2021)*

Así mismo, en la diabetes, la alimentación es una forma de reafirmar la enfermedad y sus consecuencias. La ‘prohibición’ de los alimentos dulces que se les indica a las/los pacientes los excluye de los momentos sociales donde se consumen estos alimentos, ocasionando estigma.

*‘Tengo dos conocidos que sus hijos, a partir de los 8 años, desarrollaron diabetes [...]. Eran niños y pues sí, era feo, porque ¿a qué niño no le gusta un dulce?, ¿qué niño no invita un dulce a su amiguito? Era un niño y una niña, y pues a la hora del recreo veían que [otros] comían que un Gansito®, hasta un simple dulcecito chiquito, ¿no?, y ellos así como ‘pues no, no me lo puedo comer, porque me muero’.* (Leticia, 2021)

De igual modo, se reconoce que los cambios de alimentación que se les prescriben a las/los pacientes con diabetes pueden repercutirle emocionalmente, pues también modifican la alimentación de las personas que están a su alrededor.

*‘Yo siempre les he dicho: ‘el enfermo es uno, no todos’; porque también, por ejemplo, a veces le piden a la familia: ‘es que tu papá está diabético, no vamos a comprar refresco’, ‘bueno, él es el diabético, a lo mejor no le vas a dar 8 vasos porque ya sabemos que él es diabético, pero le puedes dar un vasito de vez en cuando’. O sea, es lo que también les hacemos consciencia a los familiares, ¿no?, porque dicen: ‘es que ya no comemos esto’, así como tristeando, y eso le afecta al paciente diabético, porque se siente así como inútil o como estorbo o que está causando un problema en la alimentación de los demás [...]’.* (Leticia, 2021)

### **3.7 EMOCIONES**

Dentro de la narrativa del personal de salud, se identifica el miedo y la culpa como emociones que viven los pacientes en su experiencia de padecer diabetes.

#### **3.7.1 MIEDO**

Las complicaciones relacionadas con la diabetes, son condiciones de salud que las/los pacientes conocen de personas cercanas que las desarrollaron; saberse en riesgo de desarrollar alguna les genera miedo. En la diabetes, el miedo ejerce dos funciones: por un lado, promueve prácticas de autocuidado en las/los pacientes, quienes buscan evitar el desarrollo de complicaciones; y por otro lado, es una herramienta de ‘persuasión’ utilizada por el personal de salud para que las/los pacientes realicen prácticas de autocuidado para la atención a la diabetes.

*‘La gente de comunidad es la que batalla con su dieta, pero aun así se cuida, o sea, ya toman consciencia. Luego, empiezan a decir: ‘no, pues es que a mi compadre le cortaron el dedo’, o ‘no, que mi compadre o mi*



*comadre ya tienen problemas con sus riñones y ya los están diali..., y yo no quiero así', entonces es el miedo, a veces, es lo que les cambia la alimentación'. (Leticia, 2021)*

El uso de insulina y las implicaciones que puede generar su uso, también genera miedo en las/los pacientes; por lo que, esta situación también promueve prácticas de autocuidado, pues, se busca retardar el uso de insulina como tratamiento para la diabetes.

*'Cuando uno les dice que esos alimentos propician a que aumente el nivel de glucosa, muchos pacientes le tienen miedo a la insulina, entonces, yo les digo: 'mire, si se pueden cuidar con su alimentación y su medicamento vía oral, ¿pa' qué?', le digo: 'pero habrá un momento de que el medicamento vía oral ya no les va a hacer por diferentes situaciones, que el organismo se acostumbra, el hígado ya no trabaja igual', le digo: 'entonces, van a tener que aplicarse insulina', 'ay, no, no, no', les digo: 'no le tenga miedo, es la mejor opción a veces, pero sí usted no quiere llegar a eso, mejore su alimentación, sus horarios de alimentación'. Y sí lo hace la gente, pero mucha gente le tiene miedo a la insulina, porque dicen 'no, es que con la insulina te vas a quedar ciego y que esto y que el otro y...!', o sea, mitos, pero pues 'hora sí qué, cada cabeza es un mundo y pues no podemos, a veces, luchar contra ellos'. (Leticia, 2021)*

### **3.7.2 CULPA**

De acuerdo a la narrativa del personal de salud, las complicaciones de la diabetes se desarrollan por la falta de autocuidado y control de la enfermedad, por lo que, desarrollarlas representa cierta responsabilidad (o culpa) en las/los pacientes. Al igual que el miedo, la culpa es utilizada como una herramienta de 'persuasión' para que las/los pacientes realicen prácticas de autocuidado; el fundamento utilizado es que si no hay autocuidado y control de la enfermedad, se pueden desarrollar complicaciones que ocasionan cambios importantes en la vida de quien las padece, como la pérdida de autonomía, la dependencia a otras personas, además de las molestias que esto genera a la familia.

## **4. ALIMENTACIÓN Y COVID – 19**

### **4.1 CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN DERIVADOS DE LA PANDEMIA**

La enfermera Leticia refiere que la pandemia trajo consigo algunos cambios en la alimentación de las/los pacientes. El principal cambio es resultado de las condiciones económicas

generadas por la pandemia, pues, de acuerdo con Leticia, algunos pacientes dejaron de trabajar, lo que provocó la reducción de su gasto en alimentos.

*Mucha gente dejó de trabajar, entonces su economía sí se vio afectada y pues compraban, entre lo que les ayuda y lo que no les ayuda, porque luego me decían: 'es que, sabemos que no podemos comer mucho pan, pero, pues luego un pan con frijoles para cenar'.* (Leticia, 2021)

También, Leticia refiere que algunos pacientes dejaron de comprar en el tianguis; en su lugar, compraban en tiendas cercanas a sus domicilios a un mayor costo, lo que también les generó implicaciones económicas.

*'Sí modificaron un poquito sus dietas, no así exagerado, pero sí, porque dicen: 'pues es que no podemos salir a comprar como queremos'.* (Leticia, 2021)

De igual modo, algunos pacientes recibieron alimentos por parte de sus familiares, sin embargo, de acuerdo con Leticia, esto también tenía repercusiones.

*'O luego que los hijos les llevaban cosas, pero que les hacen daño, 'es que mi hijo me trajo 3 kilos de plátano y pues se echaban a perder porque yo no puedo comer tanto plátano'.* (Leticia, 2021)

# CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN TEÓRICA Y CONCLUSIONES

## 1. DISCUSIÓN TEÓRICA

### 1.1 REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA ALIMENTACIÓN Y LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

En la diabetes, la alimentación es un elemento asociado con el desarrollo, la prevención y el tratamiento de la enfermedad. En esta sección, se abordarán las representaciones que las y los colaboradores de la investigación refirieron alrededor de esta temática, así como, las representaciones sociales de alimentos procesados y ultraprocesados y su relación con la diabetes mellitus tipo 2.

#### 1.1.1 LA ALIMENTACIÓN Y EL DESARROLLO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Las y los colaboradores de todas las tipologías dieron cuenta de elementos específicos de la alimentación relacionada con el desarrollo de la diabetes. Como grupos de alimentos: los *carbohidratos* y las grasas; como alimentos: las tortillas, *las harinas* (como el pan), el azúcar (así como alimentos que lo contienen) y el refresco; y como hábitos: comer *en exceso* y los ayunos prolongados, fueron los elementos relacionados con el desarrollo de la diabetes.

Se reconoce que *lo dulce sube el azúcar*, por lo que, el consumo de azúcar y refresco podría favorecer el riesgo de desarrollar diabetes; sin embargo, las razones por las cuales el consumo de harinas y derivados se asocia con la diabetes no son claras, aunado a que esta relación fue frecuente en las respuestas de las y los colaboradores.

Así mismo, las razones por las cuales el consumo de tortilla se asocia con el desarrollo de diabetes tampoco son claras. Por un lado, las y los colaboradores recibieron la recomendación de disminuir el consumo de tortillas, como forma de atención a la diabetes, por parte de familiares y personas cercanas; también, vieron en familiares con la enfermedad disminuir su consumo. Por otro lado, el personal de salud también asocia el consumo de tortillas con la diabetes y dentro de las recomendaciones que le dan a sus pacientes está disminuir su consumo.

En continuación a esta última idea, la alimentación y los hábitos alimenticios de las y los mexicanos también fueron relacionados como determinantes del desarrollo de diabetes<sup>106</sup>, pues, en la

---

<sup>106</sup> Además de la relación que existe entre el desarrollo de la diabetes y la alimentación mexicana, de manera general, también persiste la representación entre ser mexicano (a) y el riesgo de enfermar o complicar, la cual

narrativa de las y los colaboradores, surgieron ideas como: ‘*lo que comemos los mexicanos*’, ‘*el mexicano come para llenar*’ y ‘*la dieta que se consume en el país, [...] empezando por la tortilla*’. Estos resultados fueron similares a los encontrados en la investigación realizada por Aristondo et al. (2018), acerca de las representaciones sociales en adultos con diabetes en El Salvador, la asociación entre el consumo de alimentos tradicionales propios de una región y el desarrollo de diabetes.

En relación con estas ideas y circunstancias, surgen algunas preguntas: ¿cuál es el proceso que atravesó la alimentación mexicana para ser considerada causante de la diabetes? y ¿cuál es la dimensión de este proceso?, pues, se llega a considerar a la tortilla dentro de la misma categoría que el refresco, como alimentos que si se consumen en exceso, pueden causar diabetes.

Estas ideas dan cuenta de la estigmatización que hay en torno a determinados alimentos, como el caso de la tortilla, la cual es base de la alimentación mexicana. Tomando en cuenta que disminuir el consumo de tortillas es una forma de atención para algunos colaboradores, y que para el personal de salud es una recomendación, surge otro cuestionamiento: ¿cuáles fueron las condiciones sociales que influyeron en la estigmatización de este alimento que es base de la alimentación mexicana?

Respecto a estas representaciones, Pío (2013) da cuenta del proceso histórico que se dio en México en el cual las instituciones de salud influyeron en la promoción de estas ideas. En primer orden, de acuerdo con el autor, es en la primera mitad del siglo XX en donde la ciencia de la nutrición adquiere madurez dentro del país, tanto en el carácter científico como en el ideológico, pues, con el objetivo de controlar a los sectores sociales y la producción de bienes materiales, las clases gobernantes, a través de los nutriólogos, propusieron una *dieta moderna*, basada en proteína animal, que permitiría el *progreso científico*. La cultura de la nutrición se posicionó al servicio del sistema productivo y estableció que la alimentación tendría un *efecto civilizador*, específicamente en trabajadores, campesinos, madres e hijos.

Continuando con lo expuesto por Pío (2013), para el año de 1950 la mayor parte de la población del país se alimentaba con una dieta basada en alimentos autóctonos, de los cuales, persistían los prejuicios, por un lado, por la mentalidad arraigada entre las clases altas desde la

---

se identifica en la narrativa del personal de salud: *el mexicano no tiene consciencia de las consecuencias y el mexicano no cree hasta que lo vive.*

colonización, así como los que surgían entre nutriólogos y médicos, quienes se guiaban por el ideal de la alimentación occidental basada en el consumo de carne<sup>107</sup>, el cual se consideraba un elemento de civilización y progreso.

Para José Quintín Olascoaga y Alfredo Ramos Espinosa, quienes en ese momento eran los referentes de la nutrición en México, la alimentación basada en maíz, frijoles, chile, pulque y vegetales verdes era una de las principales causas de pobreza y de atraso económico en el país, ya que, esta era inadecuada debido a su bajo contenido de proteína animal y deficiente, pues, el peso y la talla de la población mexicana eran bajos de acuerdo con los parámetros europeos y estadounidenses (Pío, 2013).

Por lo tanto, *mejorar* la dieta significaría el progreso del país, por lo que, se crearon instituciones para la investigación y la creación de estrategias que permitieran resolver lo que se consideraba el problema de desnutrición en el país. Es en 1943 cuando empieza a desarrollar sus funciones el Instituto Nacional de Nutriología, en donde se realizaron investigaciones de los principales alimentos consumidos por la población mexicana, los cuales dieron cuenta de que el consumo de maíz con frijoles y chile aportaba las cantidades adecuadas de todos los nutrientes esenciales. Sin embargo, estos resultados fueron desacreditados y persistió la idea de que lo mejor era consumir carne de res y leche, en vez de frutas y vegetales, ya que, se asociaban a la cultura indígena y campesina. Lo que derivó en que se descalificara al maíz al culparlo de la desnutrición entre los indígenas, del atraso económico y cultural del país, así mismo, se le acusó de causar pelagra y se intentó sustituir por soya (Pío, 2013).

Así mismo, Mintz (2003, como se citó en Velázquez, 2020) señala cómo las relaciones de poder se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en este sentido, por medio de la imposición de significados que definen las prácticas y decisiones alimentarias, las cuales derivan en la formación de hábitos alimenticios. De ello, surge otro cuestionamiento, ¿cuáles son los significados que hay alrededor de la tortilla hoy en día?, considerando el contexto actual y la diversidad de presentaciones de este alimento (y por lo tanto de su calidad nutricia): las elaboradas con harina, las producidas por la industria alimentaria del control de peso (como las de nopal), las elaboradas en casa, las hechas a mano, las hechas con máquinas, etc.

---

<sup>107</sup> Las raíces de esta idea surgen, en parte, de la aristocracia y la burguesía, en donde se consideraba a la carne una forma de mostrar estatus y poder.

Por otro lado, también se hizo referencia de otros elementos que repercuten en las prácticas alimentarias, como el estrés y el *ritmo de vida acelerado*, causado principalmente por las actividades laborales. El trabajo, como categoría, se abordará más adelante.

Así mismo, algunos alimentos relacionados con el desarrollo de diabetes, como el azúcar, cuyo consumo es referido como tener *la mala costumbre del azúcar*, las harinas, la sal, el pan, el refresco, la tortilla, las grasas<sup>108</sup>, la comida chatarra, los enlatados, los embutidos, *lo que comemos los mexicanos*, así como comer en exceso, son alimentos y condiciones ‘satanizadas’. En relación con esta idea, Navajas-Pertegás (2021) refiere que la *cultura de la dieta* ‘demoniza ciertos alimentos y formas de comer, a la vez que eleva otras<sup>109</sup>, es plausible que socialmente vigilemos lo que comemos, que nos avergoncemos de determinadas elecciones alimenticias y que sintamos que comida y culpa son sinónimos’ (p. 7). Esta ‘satanización’ o ‘demonización’, promovida por *la cultura de la dieta*, deriva en la estigmatización de determinadas prácticas alimentarias así como en discriminación.

### 1.1.2 LA ALIMENTACIÓN Y LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Existen diferencias entre lo referido por los pacientes y el personal de salud respecto a la alimentación que permitiría prevenir la diabetes. Por un lado, para las y los pacientes, evitar los alimentos asociados al desarrollo de diabetes ayudaría a prevenir la diabetes, esto consiste en no comer cosas muy dulces y comida chatarra, comer pocas grasas y azúcares, y que la alimentación incluya todos los grupos de alimentos, principalmente las verduras. Además, no se deben realizar ayunos prolongados, ni comer en exceso. Al contrario, el personal de salud considera que no hay una alimentación específica que pueda prevenir la diabetes, sin embargo, reconocen que la alimentación puede ayudar a retardar la aparición de la enfermedad.

### 1.1.3 LA ALIMENTACIÓN COMO TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Se reconoce que a través de la alimentación se puede *controlar* la diabetes o *el azúcar*. Esta alimentación, de acuerdo con las y los pacientes, debe ser prescrita por el nutriólogo o por los

---

<sup>108</sup> Alrededor de la estigmatización de las *grasas* hay diversas ideas. En un análisis que López (2020) realiza de ‘El Plato del Bien Comer’, la autora da cuenta que la razón por la cual las grasas están excluidas de esta guía alimentaria es porque se reconoce que el consumo de grasas debe ser poco. Sin embargo, con esta exclusión, también se excluyen alimentos con un importante valor nutricional y cultural, como el aguacate y las oleaginosas.

<sup>109</sup> En el caso de la presente investigación, las verduras y el pescado fueron alimentos ‘elevados’.

doctores y consiste, principalmente, en comer en poca cantidad o no comer alimentos con *mucha azúcar* (como refresco, frutas dulces, chocolates y azúcar de mesa), alimentos como el pan y aquellos elaborados con *harinas refinadas* (como las galletas), arroz, así como bebidas endulzadas y alcohólicas, en lugar de estas, se debe consumir agua simple. De igual modo, las grasas y la sal son alimentos que deben consumirse poco, pues, se relacionan con el desarrollo de complicaciones. Estos son los elementos generales que definirían la alimentación como tratamiento para la diabetes, sin embargo, se presentan diferencias específicas de acuerdo a las tipologías y la experiencia del padecimiento.

Por un lado, para quienes comer de determinada forma les enfermó, evitar estas prácticas alimentarias les ayudaría al *control* de la diabetes, por ejemplo, si no comer y realizar ayunos prolongados les generó diabetes, desayunar aunque no se tenga hambre sería una forma de tratar la diabetes; de igual modo, si comer *en exceso* determinados alimentos es una práctica que derivó en el desarrollo de la diabetes, *comerlos en pocas cantidades* es una forma de atención a la diabetes. Por otro lado, la inocuidad alimentaria es una forma de comer *sano*, por lo que, conocer el origen de los alimentos y garantizar la higiene al momento de prepararlos es una forma de autocuidado y de atención a la salud; en relación con esta idea, es preciso señalar que en Jocotitlán, como bien se señaló en el capítulo II, las características del municipio posibilitan que en algunos hogares se lleve a cabo la ganadería y la agricultura de traspatio, aunado a ello, las y los colaboradores refirieron tener saberes alimentarios provenientes de familiares o de instituciones educativas del municipio.

Así mismo, si bien se reconoce que para el tratamiento de la diabetes se deben consumir todos los grupos de alimentos, se hace énfasis en el consumo de verduras, en los alimentos *naturales* y *sin conservadores*. De igual modo, para el tratamiento de la diabetes, la idea de que *como mexicanos estamos acostumbrados a cosas que no debemos comer con frecuencia* persiste y se manifiesta a través de representaciones de que algunos alimentos que son base de alimentación mexicana deben comerse en poca cantidad, como las tortillas y leguminosas, como los frijoles, las lentejas y las habas.

La idea acerca de la alimentación que debe llevarse en el tratamiento de la diabetes también se construye dentro del espacio clínico: en el contexto de hospitalización y en el menú proporcionado en el hospital. La alimentación que una de las colaboradoras llevó después de un proceso quirúrgico fue restrictiva y, considerando su estado post-operatorio, probablemente fue deficiente. Los alimentos proporcionados en esta dieta hospitalaria -té endulzado con edulcorantes y galletas marías- adquieren significados que los asocian al contexto hospitalario y a un estado de salud deteriorado.

También, alrededor de la alimentación que debe llevarse para la atención a la diabetes hay ideas relacionadas con la prohibición. Para el personal de salud, esta alimentación debe llevarse a cabo con orden y disciplina respecto a los horarios y tiempos de comida. Para las y los pacientes, este orden y disciplina se traduce como prohibición, de la cual, las pacientes que desarrollaron alguna complicación asimilan y los demás colaboradores manifiestan resistencia ante el hecho de tener que evitar algunos alimentos.

La mayoría de las y los colaboradores (excepto la tipología III) refirieron que la alimentación que debe llevarse para el tratamiento de la diabetes debe ser de acuerdo con lo establecido en el 'Plato del Bien Comer'. Esta guía alimentaria se aborda más adelante. Por último, se observa que en la alimentación como tratamiento de la diabetes, la industria alimentaria aplicada a las dietas y al control de peso se fortalece por la tendencia a la medicalización de la alimentación.

#### 1.1.4 SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS Y DIABETES MELLITUS TIPO 2

Los suplementos alimenticios están asociados a diversos productos, los cuales varían según la tipología. Por un lado, se relacionan con productos distribuidos por *empresas* y son categorizados como medicamentos; por otro lado, también pueden ser considerados como *productos naturales*, por lo que, fueron utilizados como alternativa a los medicamentos para la atención a alguna enfermedad.

De manera general, las y los colaboradores tuvieron acceso a estos productos, a través de personas conocidas, además de que se encuentran disponibles en Jocotitlán y alrededores. A pesar de ello, solo fueron consumidos por algunos colaboradores, que comparten como característica en común la edad, son menores de 60 años. El único hombre que los consumió fue con la finalidad de tener más energía y la reducción de peso; en el caso de las mujeres, para la reducción de peso y para la atención de otras enfermedades como alternativa a los medicamentos.

Prevalece la desconfianza a estos productos al estar asociados a *empresas*, con ello a fines lucrativos y a la posición que toman las empresas de responsabilizar al consumidor de su consumo; así también, la desconfianza persiste porque se cuestiona su eficacia y se observan los riesgos que tuvieron otras personas al consumirlos, o incluso, ellos mismos. Sin embargo, a pesar de la desconfianza, estos productos fueron consumidos.



De acuerdo con lo referido por las y los colaboradores, en la promoción, recomendación y venta de estos productos estuvieron involucrados hombres y mujeres, sin embargo, el rol de las mujeres en esta actividad sobresalió, al respecto, el personal de salud reconoce que ellas son más vulnerables al consumo de estos productos por la promesa de la reducción de peso.

El consumo de suplementos alimenticios es una forma de expresión de la medicalización de la alimentación, la cual, es promovida por la *cultura de la dieta*, como ya lo hace ver Navajas-Pertegás (2021): ‘el entramado médico-farmacéutico-estético-alimentario sobre el que reposa la *cultura de la dieta* basa su negocio en la patologización y la insatisfacción corporal de una clientela que debe ser considerable y asidua’ (p. 10).

Por último, el personal de salud refirió que los suplementos alimenticios suelen ser solicitados por las y los pacientes con diabetes con la finalidad de atender la falta de energía causada por la enfermedad.

### 1.1.5 EDULCORANTES Y DIABETES MELLITUS TIPO 2

¿Una forma de medicalizar el consumo de azúcar?

Los edulcorantes hacen disponible y ‘permisible’<sup>110</sup> el sabor dulce para quienes tienen diabetes o están en una restricción calórica. Los edulcorantes son productos impulsados por la industria alimentaria de las dietas, su fin es sustituir el sabor dulce del azúcar con un menor aporte calórico, sin embargo, esto resulta paradójico pues estos productos tienen repercusiones a la salud<sup>111</sup>.

Si bien, el personal de salud prefiere recomendarles a las y los pacientes disminuir el consumo de azúcar, las representaciones y el consumo de edulcorantes varía de acuerdo con las tipologías. Para las y los colaboradores de la investigación, el consumo de edulcorantes se asocia con diferentes representaciones. Por un lado, se consideran productos no naturales (y ellos prefieren *lo natural*), están asociados con la dieta hospitalaria, a un estado más *avanzado* de la diabetes, a efectos *cancerígenos* o a efectos perjudiciales que se dan después de consumirlos por un tiempo prolongado; de igual

---

<sup>110</sup> Se presentan contradicciones respecto a la recomendación de estos productos, pues, algunos profesionales de la salud recomiendan su consumo y otros no.

<sup>111</sup> Recientemente se reportó (*Endulzantes artificiales pueden causar alteraciones parecidas a la diabetes*. (2022, abril 8). Gaceta UNAM. <https://www.gaceta.unam.mx/endulzantes-artificiales-pueden-causar-alteraciones-parecidas-a-la-diabetes/>) que el consumo de edulcorantes altera la microbiota intestinal, causando hiperinsulinemia, hiperglucemia, intolerancia a los hidratos de carbono y trastornos digestivos.

modo, el sabor dulce también genera desconfianza, por lo que, no son consumidos por las tipologías I, IV y V. No obstante, la tipología III sí los consume (ya sea como endulzantes o en bebidas que lo contienen), pues, ellas consideran que son *menos* agresivos, hacen *menos* daño o son *mejores*, de modo que, refieren consumirlos para recuperar el sabor dulce, además de que, tienen las disponibilidades económicas para adquirirlos.

### 1.1.6 ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS Y DIABETES MELLITUS TIPO 2

Para las/los colaboradores, los alimentos industrializados *son dañinos*, por un lado, por su contenido excesivo de azúcar y en el caso de los enlatados y embutidos, por las *sales* y *conservadores* que contienen. De acuerdo con lo referido por las y los colaboradores, así como por el personal de salud, el consumo de este tipo de alimentos no es habitual y solo se da en situaciones específicas, por ejemplo, cuando se observa a otras personas consumirlos y esto genera *antojo*, o cuando hay visitas. Por otro lado, se reconoció que hay mayor disponibilidad de este tipo de alimentos debido a la *escasez de alimentos*; esta mayor disponibilidad se asocia con el *incremento de personas enfermas*.

Si bien los alimentos industrializados no son consumidos habitualmente, el consumo de refresco sí lo es. De manera general, para las y los colaboradores de la investigación, el refresco se asocia con el incremento de los niveles de glucosa (debido a su contenido de azúcar) y con el desarrollo de la diabetes. Sin embargo, son las mujeres, como pacientes y como personal de salud, quienes subrayan preocupación al consumirlo debido a que lo relacionan con el daño a los riñones, con el malestar físico, incluso con la creencia de que *destapa caños*. De acuerdo con el personal de salud, el consumo es común en las y los pacientes; no obstante, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, su consumo es más frecuente en hombres, pues, ellos mencionaron haberlo consumido habitualmente durante varios años e inclusive, tomar solo refresco para hidratarse, en vez de agua.

Después de la diabetes, la mayoría de las colaboradoras y colaboradores disminuyó o suspendió su consumo y mencionó solo consumirlo en fiestas, cuando reciben alguna visita, cuando tienen antojo, o como una forma de autoatención por la falta de energía causada por la propia enfermedad. Sin embargo, un colaborador refirió experimentar ansiedad y desesperación al tratar de dejarlo, por lo que, aunque intentó sustituirlo por refresco *light* o sin azúcar, prefiere seguir consumiendo el refresco normal en la cantidad habitual.

Las y los colaboradores reconocen que el consumo de alimentos industrializados, en su mayoría, es perjudicial para la salud; esta representación coincide con sus prácticas, pues, refieren no consumirlos habitualmente. Sin embargo, el caso del refresco es especial, pues, se reconoce que su consumo tiene repercusiones en el estado de salud y que tienen que evitar o reducir su consumo, no obstante, no por ello deja de consumirse. Por otro lado, las diferencias de consumo entre hombres y mujeres son visibles; generalmente, las colaboradoras dejaron de consumirlo o intentaron tomar refresco light, en el caso de los hombres, se identifican algunos elementos vinculados a su consumo.

Por un lado, el refresco, específicamente la *Coca – Cola*®, se llega a considerar un alimento que forma parte de una identidad: *‘lo que comemos los mexicanos, ¿no?, el promedio, son las carnitas, barbacoa, la Coca’* (Ricardo, 2021). Además de considerarse un alimento que forma parte de una identidad, de ser mexicano, también forma parte de una rutina alimentaria, pues, es una bebida que suele ser un elemento básico en las comidas cotidianas de algunas personas o en eventos sociales, como las fiestas. Así mismo, el refresco también es una bebida que forma parte de la rutina laboral, pues, es una bebida disponible en el trabajo, además de que, algunas rutinas laborales promueven su consumo, como la nocturna.

El refresco es una bebida que a los colaboradores les gusta mucho, pues, al tomarla se sienten *con más ánimos*, inclusive, su consumo se llega a considerar una adicción. Después del diagnóstico de la diabetes, los colaboradores sabían que su consumo elevaba sus niveles de glucosa y que, por tanto, debían evitarlo. El proceso que cada colaborador llevó fue diferente; por un lado, disminuir su consumo provocó una cierta añoranza, que realizó las sensaciones generadas al consumirlo: *‘te sabe bien sabroso’*; en general, el refresco es una bebida que las y los colaboradores extrañaron después del diagnóstico de la diabetes.

También se presenta el caso específico de un colaborador que refirió consumirlo por aproximadamente 40 años, el intento de dejar de tomar refresco le generó estados emocionales como estrés, ansiedad y desesperación, en este caso, esta situación se resolvió volviendo a tomar refresco.

Respecto a las campañas de salud pública que buscan reducir su consumo, se reconoció que, al menos, el etiquetado frontal de alimentos no es suficiente para que se deje de consumir el refresco. Así mismo, aunque las campañas de salud insisten en comunicar los daños que conlleva el consumo de refresco, al menos las y los colaboradores de esta investigación, tienen noción de este mensaje, sin embargo, no es suficiente para que se reduzca su consumo, pues, alrededor de él hay varios

significados: forma parte de rutinas, de relaciones sociales, es un elemento de los eventos sociales, es un hábito arraigado en la población, etc.

El gusto por el refresco, específicamente la Coca – Cola®, es evidente y manifiesto antes del diagnóstico de la diabetes; después del diagnóstico, este gusto persiste, sin embargo, se consume con limitaciones o con culpa. Esta información es similar a los resultados de la investigación realizada por Bertrán (2015): aunque los refrescos lleguen a considerarse dañinos a la salud, esto no limita su consumo. En el mismo sentido, Page et al. (2018) dan cuenta que, en poblaciones maya hablantes, el consumo de refresco es desmedido, pues, ha logrado suplir a las bebidas tradicionales propias de la región y al agua, convirtiéndolo en una bebida imprescindible para la alimentación cotidiana, así como para eventos sociales y religiosos.

El consumo de refresco no solo depende de su disponibilidad y accesibilidad, sino de los significados que se le han atribuido; de manera anónima, un consumidor refirió los momentos específicos en los que consume refresco (específicamente, *Coca – Cola®*):

*En general, con comida callejera, o sea, comida rápida, tacos, enchiladas, todo eso, con Coca. Por ejemplo, en la macnarreada<sup>112</sup>, los albañiles consumen Coca, como que se siente que da más power<sup>113</sup>, o no sé, siente uno que te refresca más que el agua, en el trabajo, o sea, como que haces trabajo duro y como que ‘una coquita para que te alivianes’. También para el desvelo, como que sí me quita el sueño, un poco. Como que hay veces que tomo y ya no me da sueño, por ejemplo, cuando manejo, como no consumo tanto café, entonces, la Coca también hace que se me vaya el sueño. En el ambiente familiar, que te llegan las visitas y de que pues ‘vete por la coquita’; en las reuniones también, pues, ‘un vaso de Coca’. [...] y yo creo que también tienen que ver los costos, porque, por ejemplo, un agua te cuesta \$10 una de 600, y la coquita te cuesta \$17, entonces, como que dices, pues de agua, pues mejor pago, sientes que inviertes mejor tu dinero en un chesco<sup>114</sup>. Por ejemplo, para el trabajo, quien sabe por qué, pero sientes que te aliviana una Coca, o sea, te tomas una Coca y como qué, como que te llena de energía, o bueno así, como que estás bien cansado y una coquita, o sea, pero un trabajo, o sea, que haces y terminando, terminando, es como que sientes, ‘no, pues lánzate por la Coca, porque sí, para alivianarnos’. En general, me la tomo porque siento que está bien potente, y eso es mío, siento que sí mata bichos y como que purifica un poco mi estómago, o sea, yo me imagino eso, que estuvieron bien de perro<sup>115</sup> mis*

---

<sup>112</sup> Albañilería.

<sup>113</sup> Energía.

<sup>114</sup> Refresco.

<sup>115</sup> Elaborados sin medidas de higiene y sin garantía de su inocuidad.

*tacos y una Coca pa' que amarre, o sea, cómo que, o sea, que la Coca es tan potente y pudiera eliminar algo, pero eso ya es mío, una creencia mía. Y el pan con Coca, es así como para contrastar los sabores de bien dulcesotes, porque sí están bien dulces los dos, pero más, más es, porque, es que son como alimentos rápidos. Por ejemplo, eso me pasaba en varios lados, cuando estuve en la central de abastos, por ejemplo, cuando no nos daba tiempo de comer, entons te comías así cualquier cosa de la tienda, de chatarra, y tu Coca y con eso para aguantar más el hambre, sí, por ejemplo, en la central no nos daba tiempo de comer, y así le hacíamos, unos Pingüinos, un panquecito o algo y Coca'. (Anónimo, 2022)*

## **1.2 PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN ENFOCADAS A LA ATENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2**

### **1.2.1 EL PROCESO DE ALIMENTACIÓN**

En esta sección se presenta el proceso de alimentación que llevan a cabo las y los colaboradores. Este término hace referencia a las prácticas y decisiones orientadas a la alimentación, es decir, a las actividades enfocadas a la obtención de alimentos, ya sea a través de la producción o compra, a la preparación y al consumo de alimentos.

#### **1.2.1.1 LA PRODUCCIÓN DE ALIMENTOS**

Aunque la cabecera de Jocotitlán está clasificada como ciudad, en la cabecera municipal y los barrios de alrededor hay espacios destinados para la agricultura y ganadería de traspatio, lo que les permite a casi todos los colaboradores tener acceso a frutas, plantas comestibles, verduras, así como a productos derivados de la crianza de gallinas, ya sea, porque cuentan con estos recursos en casa, algún familiar los tiene o están disponibles en su lugar de trabajo.

Esta disponibilidad de alimentos locales les permite a las y los colaboradores conocer el origen de sus alimentos, por lo tanto, su producción o crianza, su procesamiento e inocuidad. Además de ello, algunos colaboradores y sus familiares poseen conocimientos acerca de conservación y procesamiento de alimentos, como la elaboración de fruta cristalizada y quesos, así como de técnicas de agricultura, como los injertos; estos conocimientos se transmiten de generación en generación.

El acceso a alimentos locales es considerado, por el personal de salud, un recurso favorable para que las y los colaboradores lleven una alimentación saludable.

### 1.2.1.2 LA COMPRA DE ALIMENTOS

Los principales lugares donde las y los colaboradores compran sus alimentos son el tianguis de Jocotitlán e Ixtlahuaca, en comercios locales y en el mercado de Jocotitlán, así como en supermercados de Jocotitlán y Atlacomulco, sin embargo, existe cierta desconfianza hacia estos; por otro lado, la pandemia influyó en los lugares en donde se compraron los alimentos.

Las y los colaboradores también compraron alimentos (como la carne y las verduras), en una proporción significativa, con familiares o personas conocidas, quienes se encargan de su producción. Esto les permitió conocer el origen de los alimentos que consumen y por lo tanto, fueron consumidos con confianza debido a la garantía de su inocuidad. Otra forma de compra de alimentos fue a través de O.N.G.<sup>116</sup>, como el Banco de Alimentos.

La inocuidad, la frescura, el precio y que sean alimentos de temporada, son los elementos que se consideraron para la compra de alimentos, mas no otros que suelen ser valorados como fundamentales, como los conocimientos acerca de nutrición. Por otro lado, en su mayoría, son las mujeres quienes deciden y realizan la compra de alimentos, con algunas excepciones, por ejemplo, cuando la mujer está imposibilitada para realizar las compras (aunque ella sigue tomando las decisiones respecto a la compra de alimentos) o cuando el hombre vive solo.

### 1.2.1.3 LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS

La preparación de alimentos y las decisiones en torno a dicha actividad son llevadas a cabo principalmente por mujeres, en los roles que ejercen como madre, esposa, hija, como persona trabajadora del hogar o como mujer trabajadora, estos últimos dos roles, cumplen una finalidad individual, que es la obtención de ingresos económicos, a diferencia de los demás roles cuyo fin es proveer la alimentación de la familia.

Los hombres que se encargaron de la preparación de alimentos, lo hicieron bajo otras circunstancias: porque viven solos o vivieron solos, por lo que, a diferencia de las mujeres que cocinan para alimentar a los demás, los hombres lo hicieron para ellos mismos; los hombres también cocinaron cuando la esposa desarrolló alguna complicación que le imposibilitó cocinar.

---

<sup>116</sup> Organización No Gubernamental.

Los saberes alimentarios se transmiten principalmente a través de la oralidad, de mujeres a mujeres y en determinadas circunstancias: madres → hijas / abuelas<sup>117</sup> → nietas / suegras → nueras / concuñas y cuñadas → mujer recién casada / patronas → mujeres trabajadoras del hogar. Los hombres reciben este aprendizaje de distinta forma: a través de la experiencia de vivir solos, de su trabajo, de ver cocinar a otros miembros de su familia o por medio del internet.

Algunos de los aspectos que sobresalen en la preparación de alimentos son las prácticas de higiene y de conservación de alimentos; así como, el cambio en la forma de preparar los alimentos debido al desarrollo de complicaciones (estos cambios se enfocan principalmente en evitar el exceso de grasa, azúcar y sal).

#### 1.2.1.4 EL CONSUMO DE ALIMENTOS

Durante el periodo en el que fueron realizadas las entrevistas (de marzo a junio de 2021) diversas actividades como las académicas y algunas laborales se realizaban desde casa como medida para evitar contagios. Esto se refleja en los resultados, pues, la mayoría de las y los colaboradores comían en casa con su familia, con excepción de los hombres que trabajaban y sus alimentos los consumían en sus espacios laborales.

En resumen, la información proporcionada por las y los colaboradores da cuenta que el proceso alimentario es llevado a cabo principalmente por mujeres. A través de él, se expresan las relaciones de poder, por ejemplo, las que describe Counihan (1999), en las cuales los hombres ejercen poder a través de la comida al negarse a comer, al juzgar y despreciar las comidas que preparan las mujeres, al exigir la preparación de ciertos platillos y que las mujeres les sirvan; estas situaciones reproducen la subordinación femenina. Del mismo modo, Mendes et al. (2011), refieren que las tareas domésticas, las cuales son llevadas a cabo principalmente por mujeres, no proveen reconocimiento moral o económico, lo que, deriva en una situación de explotación, situación que también se ve reflejada en los resultados de la presente investigación.

#### 1.2.2 PRÁCTICAS ALIMENTARIAS ENFOCADAS A LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN

---

<sup>117</sup> En la presente investigación, generalmente, los saberes alimentarios se transmiten de una generación a otra, similar a lo descrito por Salas (2020).

En esta sección se abordan las formas de atención<sup>118</sup>, relacionadas con la alimentación, que las y los colaboradores llevaron a cabo para la atención de la diabetes. Dentro de estas formas, se distinguen prácticas que corresponden a la biomedicina, al modelo de atención alternativo y/o tradicional y a la autoatención, así como, la síntesis y articulación que se dan entre ellas.

### 1.2.2.1 LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN BIOMÉDICA E INSTITUCIONAL

Una de las particularidades que presentaron las y los colaboradores que participaron en la investigación es su continuo contacto con el servicio médico. Por un lado, porque en su Unidad de Medicina Familiar reciben atención cada mes debido a la diabetes, y por otro lado, por otras enfermedades o condiciones de salud que padecen, por las cuales deben acudir con determinados especialistas regularmente, ya sean en el ámbito público o privado; además de las experiencias de atención que tuvieron antes del diagnóstico de la diabetes. Estos elementos construyen el conjunto de ideas que ellas y ellos tienen respecto a la atención biomédica e institucional, las cual es amplia y compleja.

En la narrativa de las y los colaboradores sobresalen diversos actores sociales pertenecientes a este modelo de atención: médicos generales y especialistas (médicos familiares, internistas, hematólogos y endocrinólogos), así como diabetólogos y nutriólogos; así mismo, se percibe que la trayectoria de atención posee más elementos cuando hay desarrollo de complicaciones derivadas de la diabetes.

De esta diversidad de personal de salud, las y los colaboradores recibieron recomendaciones y prescripciones de alimentación y nutrición, las cuales consistieron principalmente en: evitar el consumo de azúcar, comida *chatarra*, refresco, dulces, mucho pan, galletas, chocolate, pastel y atoles; comer en poca cantidad frutas muy dulces, harinas y alimentos derivados (como las pastas), papas, arroz, frijoles y lentejas; disminuir el consumo de tortillas, azúcar, licuados, jugos, grasas, café, carne roja, sal, aceite y cacahuates.

La atención nutricia representó una forma de atención biomédica y aunque en la Unidad de Medicina Familiar no hay este servicio, desde Medicina Familiar se puede derivar a las y los pacientes a nutrición; además, algunos colaboradores y colaboradoras buscaron este tipo de atención en el

---

<sup>118</sup> De acuerdo con Menéndez (2005), el objetivo de las formas de atención es prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado.



servicio privado o recibieron atención por parte de su trabajo. Más de la mitad de las y los colaboradores recibieron atención nutricia (58.3%) con la finalidad de la atención a la diabetes y a complicaciones de la misma, así como con la finalidad de la reducción de peso.

La atención nutricia fue más común en las mujeres mayores de 60 años, la cual, se buscó con la finalidad de la reducción de peso (tipología III) y la atención a complicaciones derivadas de la diabetes (tipología IV). Generalmente, se buscó la atención nutricia del servicio público para atender la diabetes y complicaciones y la del servicio privado para la reducción de peso. No obstante, e independientemente de si la atención fuera pública o privada, las colaboradoras y colaboradores presentaron dificultades para llevar a cabo las recomendaciones de alimentación y las *dietas* prescritas por las y los nutriólogos.

Las experiencias previas de atención nutricia que resultaron ineficaces, el proceso de atención y las prescripciones clínicas (las cuales se perciben alejadas del poder adquisitivo de las y los colaboradores, restrictivas, impositivas, prohibitivas y una cuestión de obediencia) fueron algunos de los elementos que les generaron desconfianza, dificultades y limitaciones a las y los colaboradores, lo que al final derivó en resistencia, que puede percibirse en la frase de una de las colaboradoras: *‘nos espantan diciéndonos: ‘es que debes de comer verduras hervidas’*’.

Respecto de la nutrición, Gracia (2022) refiere que esta ciencia proporciona recomendaciones de alimentación y nutrición, con base en sus propios conocimientos, que pueden llegar a ser cuestionables y dogmáticos, además, asumiendo que las personas no saben comer; la nutrición, como saber hegemónico, determina estándares para actuar, decidir y modificar, para llevar a cabo un modelo de comportamiento alimentario (p. 210).

Otra de las formas de atención biomédica e institucional fue el material educativo proporcionado por el IMSS: la ‘Cartera de Alimentación Correcta y Actividad Física’, la cual contiene ‘El Plato del Buen Comer’. Las recomendaciones prescritas en la Cartera de Alimentación fueron llevadas a cabo por un colaborador y por la enfermera de la Unidad, para ellos, esta guía de alimentación fue eficaz y cumplió uno de los fines esperados, orientar acerca del tema alimenticio y nutricional.

Por otro lado, el ‘Plato del Bien Comer’, fue una referencia común dentro de la narrativa de las y los colaboradores (su alcance va más allá de la Cartera de Alimentación) acerca de lo que

significa una alimentación saludable, los grupos de alimentos y en qué proporción deben consumirse, por lo que, aunque es una herramienta que ha recibido múltiples críticas, las respuestas referidas por las y los colaboradores permiten ver su alcance y eficacia como herramienta educativa.

#### 1.2.2.2 LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN ALTERNATIVA Y/O TRADICIONAL

La atención alternativa y/o tradicional recibida por las y los colaboradores se percibió eficaz. Estas formas de atención se buscaron con la finalidad de atender la diabetes y complicaciones derivadas de la misma, así como otros problemas de salud. Una de las razones por las cuales las y los colaboradores buscaron este tipo de terapias fue la atención de problemas de salud que no pudieron ser resueltos a través de la biomedicina. Este tipo de atención fue proporcionada por miembros de empresas, curanderos, así como por el personal de salud (médicos y nutriólogos), lo cual refleja una síntesis entre la biomedicina y la atención alternativa/tradicional.

El tratamiento basado en vacunas hechas con el antígeno de la orina, el consumo de jugos recomendados por una *señora que cura*, el consumo de suplementos alimenticios y la asistencia a charlas acerca de ellos, fueron las formas de atención que las colaboradas (específicamente mujeres de la tipología I y IV) realizaron para atender la diabetes y las complicaciones derivadas de la misma. Las colaboradoras, además de recibir la atención específica, recibieron recomendaciones acerca de la diabetes, de nutrición y de su alimentación.

Estas formas alternativas de atención, además de atender un problema específico de salud, involucran aspectos que son del interés de las colaboradoras, por ejemplo, el interés que manifestó una de las colaboradoras acerca de las conferencias de metafísica y el cuerpo que imparte el nutriólogo de la empresa que distribuye los productos que consume. Por último, aunque estas terapias pudieran negarse por el personal de salud, son llevadas a cabo, incluso, son las y los profesionales de salud quienes las practican.

#### 1.2.2.3 LAS PRÁCTICAS DE AUTOATENCIÓN

Las prácticas de autoatención que llevaron a cabo las y los colaboradores son diversas: disminuir o evitar ciertos alimentos<sup>119</sup>; consumir determinados alimentos, semillas, plantas, tés, jugos y licuados; obtener información a través de internet y las redes sociales (como *Youtube*®); comer *a sus horas*; registrar los alimentos consumidos y los niveles de glucosa que generan; realizar ejercicio para compensar cuando *se come de más*; en algunos casos, las prácticas de atención fueron una alternativa cuando se presentaron dificultades para llevar a cabo el tratamiento y las recomendaciones biomédicas. De acuerdo a lo referido por las y los colaboradores, se percibe que, entre mayor es la experiencia que hay con la enfermedad, mayor es la trayectoria de prácticas de autoatención.

Estas prácticas de autoatención fueron recomendadas por la red social cercana: familiares, amistades y personas conocidas, algunos de ellos también padecían diabetes, también fueron realizadas por decisión individual; así mismo, estas son aprobadas por su red social o por personas que han formado y/o construido su conocimiento de la diabetes a través de la experiencia de padecer la enfermedad. Por otro lado, otro de los aspectos que sobresalen de la realización de estas prácticas, es que, aunque persistiera la duda o la desconfianza en estos tratamientos, fueron llevados a cabo. La mayor parte de estas prácticas se perciben eficaces, ya sea porque las realizaron o al momento de las entrevistas eran realizadas y las y los colaboradores obtuvieron los resultados que esperaban. Estas prácticas dejaron de realizarse porque los niveles de glucosa se regularizaron o por desconfianza.

En los resultados obtenidos se observa un proceso de pluralismo médico que, de acuerdo con Menéndez (2005), hace referencia a la tendencia de integrar diversas formas de atención en las prácticas de atención llevadas a cabo por las y los colaboradores; el cual, también se da a través de la síntesis y articulación de las formas de atención.

### **1.3 ATENCIÓN A LA DIABETES EN LA U.M.F.**

En este apartado se aborda principalmente la perspectiva del personal de salud en cuanto a la atención a pacientes con diagnóstico de diabetes, la cual se complementa con las experiencias de las y los pacientes; esto, con la finalidad de lograr una mejor comprensión de la problemática y también para visualizar situaciones que desde una sola visión no podrían observarse.

---

<sup>119</sup> Se presentan situaciones contradictorias, pues, suspender el consumo de refresco es una práctica de autoatención, sin embargo, tomarlo también es una forma de contrarrestar la falta de energía causada por la diabetes.

### 1.3.1 LA DIABETES DESDE EL PERSONAL DE SALUD

Además de la experiencia en la atención a pacientes con diagnóstico de diabetes, el personal de salud, es decir, tanto la médica como la enfermera, poseen un conjunto de ideas de lo que significa padecer diabetes. Para la médica, dentro de su experiencia en la atención en poblaciones con *altas tasas* de diabetes, refiere que el desarrollo de la enfermedad se debe, por un lado, al tipo de alimentación (basada en *lo que produce la tierra*, las tortillas, la caña de azúcar, el pan, entre otros) y su relación con el desarrollo de obesidad. Para la médica, todo esto, en conjunto con el consumo de bebidas alcohólicas y la carga genética, contribuyen a la falta de control de la enfermedad.

Por otro lado, la enfermera tiene la experiencia propia de padecer diabetes, es decir, reconoce las dificultades implicadas en la asimilación del diagnóstico, conoce la sintomatología de la diabetes, ha probado diversos tratamientos biomédicos para la atención de la enfermedad, ha llevado a cabo las recomendaciones de la Cartera de Alimentación, ha consumido edulcorantes, ha vivido violencia médica por parte de otros profesionales de la salud, y de igual forma, su experiencia del padecimiento le ha permitido descubrir, aprender e implementar diversas formas de autoatención hacia su padecimiento.

Para el personal de salud, la diabetes es una enfermedad causada principalmente por *la genética*, la alimentación y la obesidad. Así mismo, se presentan determinados estereotipos alrededor de las y los pacientes con diabetes, de manera general, es un paciente ‘mal controlado’ y con dificultades en la aceptación de la enfermedad, lo que deriva en falta de responsabilidad ante la enfermedad<sup>120</sup>, situación que el personal de salud refiere como frustrante. Estos son algunos de los elementos que construyen las representaciones del padecimiento para el personal de salud.

### 1.3.2 LA ATENCIÓN DE LA DIABETES

Se presentan algunos elementos que repercuten en la atención y son reconocidos por el personal de salud, entre ellos están la duración de la consulta médica (15 minutos), las redes de apoyo con las que cuentan o carecen las y los pacientes, su salud bucal y auditiva, así como aspectos relacionados con la comunicación y la empatía.

---

<sup>120</sup> De acuerdo con el personal de salud, esto hace referencia a la falta de adherencia al tratamiento médico y farmacológico, así como a la falta de compromiso.

En cuanto a la atención nutricia, aunque en la U.M.F. no se proporciona este tipo de atención, desde Medicina Familiar se pueden derivar a las y los pacientes, sin embargo, tanto las y los pacientes, como el personal de salud, refieren las dificultades implicadas en todo este proceso: desde agendar una cita en una especialidad que tiene alta demanda, el traslado a la ciudad de Toluca, que requiere disponibilidad de tiempo y de dinero (además de que un importante número de derechohabientes son obreros y tienen restricciones económicas y de tiempo); las limitaciones que se presentan en la atención, como las consultas únicas, la pérdida de la continuidad de la atención, los problemas de comunicación y el uso de términos técnicos empleados por las y los profesionales de la nutrición; las dificultades que presentan las y los pacientes para llevar a cabo los planes y las recomendaciones de alimentación, como las dificultades para aplicarlas en su vida cotidiana, la falta de costumbre, de recursos económicos y de tiempo, así como las limitaciones en el acceso de los alimentos sugeridos.

Para el personal de salud, esto se traduce en ideas como *no lo quieren hacer* o *deciden no hacerlo*, sin embargo, alrededor de ello hay un conjunto complejo de factores que determinan que las y los pacientes lleven o no cambios en su alimentación. Finalmente, esta situación resulta en resistencia a recibir atención nutricia, pues, se llega a considerar ineficaz; sin embargo, para los casos en donde las pacientes tenían desarrollo de alguna complicación derivada de la diabetes, la cual requirió intervención quirúrgica, transformó su cuerpo y requirió un largo proceso de recuperación y cuidados, la atención que recibieron fue eficaz<sup>121</sup>.

Por lo que, es más factible que las y los pacientes reciban recomendaciones de alimentación en su U.M.F., desde Medicina Preventiva o desde Medicina Familiar. Las recomendaciones de alimentación realizadas por el personal de salud se resumen en reducir, evitar o sustituir algunos alimentos altos en *carbohidratos* y grasas; dentro de esta categoría de alimentos, si bien puede hablarse del refresco, también se habla de las tortillas. Así mismo, el personal de salud también realiza sugerencias para comer fuera de casa, recomienda no hacer ayunos prolongados y realizar actividad física.

---

<sup>121</sup> Aunque la atención privada de nutrición tuvo algunas limitaciones, también resultó eficaz para quienes pudieron acceder a ella (esta se buscó para la atención a la diabetes y para la reducción de peso, principalmente en mujeres mayores de 60 años). Esto da cuenta que el proceso burocrático e institucional implicado en agendar una cita y recibir una consulta de nutrición, son factores que desfavorecen el acceso a este tipo de atención.

Retomando la recomendación que el personal de salud suele dar acerca de reducir el consumo de tortillas, la cual es persistente a pesar de ser un alimento altamente nutritivo y un referente de la alimentación mexicana, esto da cuenta de que, las recomendaciones nutricionales que el personal de salud proporciona a sus pacientes, no solo provienen de su formación biomédica, sino también, de su subjetividad. Lifshitz (2016) refiere que el conocimiento duro o científico se *matiza* ante la subjetividad del médico y del paciente, razón por la cual, ‘la clínica no es una ciencia exacta’, para el autor, ‘la subjetividad es la visión del sujeto, matizada por sus emociones, apreciaciones, temores y deseos’ (p. 438). Por otro lado, Die (2002) y Monroy (2017) refieren que la enfermedad, además de ser un proceso biológico, es un constructo social y que, las creencias y los significados alrededor de esta, son emitidas y construidas por el entorno cultural, como la transmisión de información médica, que está influida por factores culturales.

Por otro lado, las y los pacientes refieren haber recibido, por parte del personal de salud, recomendaciones de alimentación (disminuir o evitar el consumo de determinados alimentos), la sugerencia de acudir a nutrición e información acerca de la diabetes. Al respecto, las y los pacientes reconocen que la alimentación forma parte del tratamiento para la diabetes y que para que *no suba el azúcar* deben llevar a cabo determinadas prácticas alimenticias. Algunos pacientes también reconocen que la diabetes es una enfermedad controlable y que requiere cuidado para que *no afecte tanto*. De acuerdo a lo dicho por las y los pacientes, se percibe que la orientación alimentaria que el personal de salud les proporciona es recibida, pues, reconocen la relación entre la alimentación y el control de la enfermedad, sin embargo, el personal de salud refiere que las y los pacientes no llevan un buen control de la enfermedad.

### 1.3.3 HERRAMIENTAS DE EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Respecto a las herramientas y técnicas de enseñanza de alimentación en diabetes, la Cartera de Alimentación Correcta y Actividad Física, que contiene como guía de alimentación ‘El Plato del Bien Comer’, es el material base para proporcionar orientación alimentaria en la U.M.F.. Esta herramienta se enfoca principalmente en la reducción de peso a través del déficit calórico y en recomendaciones de ‘El Plato del Bien Comer’, como la combinación de los grupos de alimentos. Así también, utiliza el IMC para la evaluación del estado nutricional.

En cuanto a ‘El Plato del Bien Comer’, de acuerdo con la información proporcionada por algunos de los colaboradores en las entrevistas, esta herramienta educativa es conocida y un referente

de lo que significa una alimentación saludable. A pesar de las controversias que pudieran atribuírsele<sup>122</sup> se percibe que tiene un gran alcance. En cuanto a la Cartera de Alimentación, solo 2 colaboradores refirieron haber recibido este material, sin embargo, uno de ellos, en conjunto con la enfermera, llevaron a cabo las recomendaciones de esta guía y su uso como forma de atención fue eficaz.

### 1.3.4 LA ALIMENTACIÓN DE LAS Y LOS PACIENTES

Para el personal de salud, la alimentación de sus pacientes está definida por tres momentos específicos de su trayectoria del padecimiento: el diagnóstico de la diabetes, después de este y el desarrollo de una complicación.

La alimentación que llevan las y los pacientes al momento del diagnóstico, de acuerdo con el personal de salud, se caracteriza por la falta de disciplina, sin embargo, se reconoce como causa de esto la rutina laboral, es además el trabajo, un factor que las y los conduce a prácticas alimentarias que los ponen en riesgo o que les causan daño a su salud, como el consumo de bebidas energizantes en el caso de quienes laboran en el turno nocturno.

Recibir el diagnóstico de la enfermedad es otro momento que define sus prácticas de atención. El personal de salud refiere que las dificultades que se presentan en la aceptación del diagnóstico de la diabetes conllevan a que las y los pacientes no se *responsabilicen* de su enfermedad, por lo tanto, es difícil que lleven a cabo los planes y las recomendaciones de alimentación. Para el personal de salud, que las y los pacientes se *responsabilicen de su enfermedad* los conducirá a realizar acciones de autocuidado, sin embargo, de acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, aceptar el diagnóstico de la enfermedad no es suficiente para llevar a cabo cambios en la alimentación.

La alimentación cotidiana de las y los pacientes después del diagnóstico de la enfermedad sigue estando definida por su trabajo, este establece sus horarios de alimentación y genera diversas

---

<sup>122</sup> En un análisis que López (2020) realiza respecto a ‘El Plato del Bien Comer’, enfatiza la función de esta guía alimentaria: es ‘un recurso visual que refuerza y aclara el discurso de la orientación alimentaria’ (p. 104). De igual modo, la autora resalta algunos elementos por los cuales ‘El Plato del Bien Comer’ ha generado algunas controversias, como el uso de términos ambiguos (aumentar, moderar y disminuir) y las contradicciones que se presentan entre las representaciones gráficas de alimentos y las recomendaciones establecidas en la NOM-043-SSA2-2012.

dificultades, una de ellas son los ayunos prolongados. Por otro lado, de acuerdo con el personal de salud, otro de los elementos que forman parte de la alimentación cotidiana es el consumo de refresco, el cual es una práctica arraigada en la población y que se mantiene a pesar de la diabetes.

Así mismo, de acuerdo con la experiencia del personal de salud, las y los pacientes que realizan cambios en su alimentación son quienes aceptaron el diagnóstico de la enfermedad, experimentaron alguna complicación, le tienen miedo a la insulina, o quienes sienten preocupación (o motivación) por sus hijas/hijos o nietas/nietos. También se reconoció que dentro de este grupo de pacientes están los hombres jóvenes, con un determinado grado escolar y compromiso con su salud y su familia.

Otro momento que define la alimentación de las y los pacientes es el desarrollo de alguna complicación, aguda o crónica. Para el personal de salud, es la experiencia de esta situación cuando las y los pacientes deciden llevar a cabo el plan de alimentación. Además, el desarrollo de algunas de ellas modifica por sí misma la alimentación de las y los pacientes, pues, cambia su apetito, gusto y saciedad, como el caso de la enfermedad renal crónica.

Por último, de acuerdo con el personal de salud, otro de los elementos que forma parte de la alimentación de sus pacientes, son las prácticas de autoatención que llevan a cabo para el tratamiento de la enfermedad. Dentro de su experiencia, el consumo de plantas medicinales (como la moringa), bebidas (como algunas infusiones y *jugo verde*) y preparaciones (como *sopas*) son algunos de los alimentos y bebidas que las y los pacientes mencionan consumir para tratar la diabetes.

#### 1.3.4.1 DIFICULTADES EN TORNO A LA ALIMENTACIÓN DE LAS Y LOS PACIENTES

Desde la perspectiva del personal de salud, las principales dificultades que las y los pacientes presentan en su alimentación después del diagnóstico de diabetes, son las siguientes: las relacionadas con la aceptación del diagnóstico de la enfermedad, las que se presentan en un género y grupo de edad específico y las relacionadas con el trabajo, ingresos económicos, tipo de población y la familia.

*Es un estrago muy, muy fuerte para un paciente diabético asimilarlo, porque el mexicano no tiene esa consciencia de las consecuencias'. (Leticia, 2021)*

La primera dificultad por la que atraviesan las y los pacientes después del diagnóstico de la diabetes es la aceptación de este. El proceso implicado en la aceptación del diagnóstico es complejo,



esto de acuerdo a lo referido por el personal de salud, así como por las y los pacientes. Una hipótesis de esta situación es que, padecer diabetes está asociado a una determinada sintomatología (como la pérdida drástica de peso), al desarrollo de las complicaciones propias de la enfermedad (como nefropatía, neuropatía, retinopatía, enfermedad coronaria y enfermedad arterial periférica) e incluso la muerte, por lo que, al no presentar estas condiciones de salud, las y los pacientes se autoperciben no enfermos.

De acuerdo con la trayectoria de atención de algunos colaboradores, la enfermedad les fue diagnosticada cuando ellos atendían otra condición de salud, por lo que, la diabetes fue *descubierta*. Así que, al no tener alguna sintomatología o complicación derivada de la diabetes, ellos se sabían no enfermos. Diversos medios son los que construyen este estereotipo alrededor las personas que padecen diabetes, como algunas campañas de salud<sup>123</sup>, que si bien su objetivo es la prevención o atención de la enfermedad (a través del miedo), terminan promoviendo la estigmatización.

Así mismo, algunos de los pacientes, al momento del diagnóstico, no habían desarrollado alguna complicación, incluso, algunos de ellos refirieron que estaban *gorditos*, que no podían aceptar o que se sentían bien, por lo que, la asimilación de la enfermedad llegó después. De acuerdo con el personal de salud, la falta de aceptación del diagnóstico impide que las y los pacientes realicen acciones de autocuidado y una vez que estas son llevadas a cabo, se presentan otras dificultades. Por ejemplo, en el caso de la alimentación, los cambios están asociados con *morirse de hambre*, además de que en las y los pacientes prevalecen costumbres alimentarias arraigadas, determinadas preferencias alimentarias y esto se suma a las funciones y los significados que hay alrededor de la comida.

También se presentan dificultades específicas por sexo y por grupos de edad. De acuerdo con el personal de salud, las mujeres, a diferencia de los hombres (aparentemente), presentan mayores dificultades para procurar prácticas alimentarias que les permitan el cuidado a su salud. Esto debido a que ellas ejercen diversos roles: de madres, esposas, amas de casa y trabajadoras, lo que absorbe la mayor parte de su tiempo y energía, lo que deriva en dificultades para que lleven a cabo acciones de autocuidado.

Además de que, en su rol de madres y esposas, en muchas ocasiones el rol de cuidadoras está inmerso, por lo que, son ellas quienes cuidan, no quienes reciben cuidados. Esta situación se hace

---

<sup>123</sup> Por ejemplo: 'Fue la obesidad, después la diabetes...' o 'Sweet kills'.

visible en la narrativa del personal de salud, pues, se reconoce que son los hombres quienes forman parte del grupo que tiene un mejor control de la enfermedad, sin embargo, se omite que son las mujeres quienes son las principales proveedoras de la alimentación y cuidadoras.

De igual modo, son principalmente ellas quienes toman las decisiones y llevan a cabo las actividades relacionadas con el proceso alimentario, por lo que, de acuerdo con el personal de salud, esto resulta perjudicial para ellas, pues, están en constante contacto con alimentos; a esto, se suman las diferencias del metabolismo entre mujeres y hombres. Respecto a los grupos de edad, son las personas adultas mayores quienes presentan mayores dificultades en su alimentación, pues, según el personal de salud, tienen prácticas alimentarias arraigadas. Además, es en este grupo de edad donde se presentan otras dificultades, como el abandono y la falta de redes de apoyo.

El trabajo también es un factor que dificulta que las y los pacientes realicen cambios en su alimentación, pues, la mayoría ocupa varias horas de su día entre el traslado y las actividades laborales, lo que resulta en falta de tiempo para destinar a su alimentación. El acceso y la disponibilidad de alimentos en el trabajo representa otra dificultad, pues, el personal de salud refiere que en aquellos trabajos donde se dispone de comedor, los menús están diseñados únicamente con el criterio de que las y los trabajadores tengan energía para desempeñar sus actividades laborales, a pesar de que esto pueda repercutir a su salud. Así mismo, otras de las dificultades que se presentan en torno a la alimentación son los aspectos económicos y el costo que implica comprar determinados alimentos.

Las dinámicas cotidianas, en donde cada persona ejerce un rol; la obligación de producir o ser productivo en un sistema laboral, configuran los elementos de la vida, por lo tanto, de la alimentación, la cual se ha desfavorecido al estar inmersa en este sistema. Por otro lado, a pesar de que hay varios elementos involucrados en la alimentación, para el personal de salud la problemática se reduce en una decisión individual de dejar de comer para bajar de peso.

Sin embargo, en relación con esto, Gracia (2005) refiere que en la modificación de hábitos alimenticios está implicado un proceso complejo, en el cual, es necesario comprender las dificultades implicadas para realizar un cambio, pues, la mayor parte de los comportamientos humanos están configurados por la cultura a la que se pertenece; por lo que, los saberes y los discursos alimentarios adquieren sentido cuando se relacionan con las dificultades cotidianas y las características de las relaciones sociales de las personas; además de que, para realizar cambios en la alimentación, de

acuerdo con la autora, también se requiere de determinados recursos y condicionantes relacionados con el trabajo, la vida familiar y social (p. 165).

Por último, dentro de los recursos con los que cuenta la comunidad para llevar una alimentación saludable están el acceso a alimentos locales o de agricultura/ganadería de traspatio, además de espacios para realizar actividad física. Por el contrario, dentro de los obstáculos, el personal de salud considera que es el desconocimiento de las enfermedades, el machismo, la disposición de las y los pacientes y la falta de recursos económicos.

## **1.4 EXPERIENCIA DE ALIMENTACIÓN ANTES DE PADECER DIABETES**

En este apartado se presenta un análisis de la alimentación que las y los colaboradores llevaron antes de padecer diabetes, la cual se divide en dos momentos: la infancia y la adultez.

### **1.4.1 LA ALIMENTACIÓN DE LA INFANCIA**

De acuerdo a lo referido por las y los colaboradores, se identificaron dos tipos de alimentación durante la infancia; la primera, caracterizada por el consumo de alimentos no industrializados y locales, entre los que se encuentran algunas verduras, frutas, cereales (tortillas, sopa, arroz y pan), leguminosas, productos de origen animal y bebidas como el té; resaltan el padre y la madre como figuras proveedoras de la alimentación; y, predominan las dificultades económicas y las afectaciones en la compra de alimentos, como la carne y otros productos de origen animal, lo que resultó en que estos fueran consumidos en poca cantidad o de manera inusual.

A diferencia del primer tipo de alimentación, la del segundo tipo se caracterizó por ser abundante en productos de origen animal y, además, productos con un alto contenido de colesterol, como los mariscos y la barbacoa. Para las y los colaboradores que llevaron este tipo de alimentación, su consumo de carne fue diario, así como el consumo cotidiano de dulces, pocas ensaladas, grandes porciones de carne y de alimentos muy condimentados. Esta alimentación fue relacionada con la diabetes y con el desarrollo de complicaciones.

Una de las diferencias más notables de estos dos tipos de alimentación es el consumo de carne, el cual fue determinado por la capacidad adquisitiva. Los hábitos alimenticios de la infancia definieron prácticas y preferencias alimentarias en las y los colaboradores ya en la etapa adulta, por ejemplo, el gusto por la carne, la cual se relaciona con la abundancia y el poder adquisitivo, y que, de

igual modo, de acuerdo con Counihan (1999), representa una forma de distinción entre la pobreza y la riqueza. Por otro lado, el desagrado por las verduras, que se consumieron en abundante cantidad en la infancia y se asocian a carencias económicas, por lo que, ya no se prefieren en la adultez. Al respecto, en el trabajo de investigación realizado por Velázquez (2020), la autora refiere la construcción que un grupo de personas ancianas tenían acerca del consumo de determinados alimentos tradicionales (entre ellos, algunas verduras), que al asociarlos con carencias y escasez vividos en la infancia o juventud, ya no repetían estos patrones de consumo alimentario con sus hijos, aunque fueran saludables.

Otro aspecto que resalta acerca de la alimentación que las y los colaboradores llevaron en la infancia fue lo que comían en su etapa escolar. Los alimentos que fueron referidos como lunch se caracterizaron por ser no industrializados, lo que permite visualizar el proceso de transición alimentaria y nutricional<sup>124</sup> que se ha vivido en las últimas décadas.

Por otro lado, aunque solo un colaborador refirió haber cursado su educación básica y media superior en la U.P.A.P., la alimentación que recibió ahí se caracterizó por ser más completa a diferencia de la que recibió en casa, pues, en la institución tuvo disponibilidad y acceso de alimentos de origen animal, lo que, garantizó su consumo. Esto visualiza la importancia del espacio escolar como un medio para garantizar una alimentación que cubra con las necesidades nutricionales de las infancias en la etapa escolar.

#### 1.4.2 ALIMENTACIÓN EN LA ETAPA ADULTA

La alimentación que llevaron ya como adultos está definida por circunstancias de su trayectoria de vida, como: su trabajo, movimientos migratorios, aspectos familiares y su situación económica, y por otras situaciones circunstanciales, como las comidas hechas fuera de casa y fiestas.

Uno de los elementos que ha definido su trayectoria de vida es el trabajo. Antes de la diabetes, la alimentación que las colaboradoras llevaron en su trabajo se caracterizó por el consumo de alimentos en un horario específico (como el almuerzo, el lunch o el receso, tiempos generalmente

---

<sup>124</sup> De acuerdo con Ibarra et al. (2016) y Ortiz et al. (2006), refieren que la etapa que actualmente atraviesa México en este proceso se caracteriza por el abandono de las dietas tradicionales, la homogenización de la comida consumida, la disminución de la actividad física y el incremento de las tasas de obesidad y enfermedades crónico degenerativas.

ya establecidos en el espacio laboral: oficina, empresa, fábrica o escuela), así como también la ingesta de refresco. Por otro lado, las principales características de la alimentación que llevaron los hombres fue la falta de tiempo y de horarios de comidas, así también, falta de disponibilidad y acceso de alimentos saludables en los espacios laborales; esto se traduce en que por cumplir los horarios laborales, se prefirió la comida *chatarra*, por la rapidez que implica su obtención y consumo, o que, el desayuno consistiera en lo único disponible, que generalmente fueron alimentos ultraprocesados o alimentos con un alto contenido de grasas.

El riesgo a la salud que implican estas prácticas alimentarias es claro cuando se visualiza la repetición de las mismas. Una de las formas de explicar esta situación es a través de los determinantes sociales de la salud, que, como refieren Moreno et al. (2014), los datos epidemiológicos resaltan que los principales afectados en el incremento de la prevalencia de diabetes son las poblaciones desfavorecidas socialmente. En este sentido, de acuerdo con los autores, las condiciones de trabajo establecen la desigualdad e inequidad social, las cuales se manifiestan a través del estado de salud de determinados grupos sociales (p. 120).

Otro de los elementos que definieron la trayectoria de vida de algunos colaboradores han sido los movimientos migratorios. Para una de las colaboradoras, una de las razones por las cuales migró hacia EEUU fue para *llevar una mejor vida*, que, de acuerdo con lo narrado, esto consistía en la percepción de un sueldo que le permitiera acceder a ciertos bienes y servicios; esta consideración, de que *allá se vive mejor*, involucra varios elementos de la vida cotidiana, como la alimentación. Para el caso de esta colaboradora, vivir en EEUU cambió los significados de su alimentación originaria y su nueva alimentación<sup>125</sup> adquirió poder, a pesar de que esta pudiera resultar perjudicial para su salud. El otro caso de migración que se presentó entre los colaboradores, permite dar cuenta de como la comida es un medio a través del cual se puede excluir y discriminar. La condición ilegal de este colaborador se refleja en sus prácticas alimentarias: pedir siempre su comida para llevar y comerla en un espacio que no compartiera con otras personas. Para la y el colaborador que migraron, este proceso no solo modificó sus prácticas alimentarias, sino también aspectos de su identidad.

Otros elementos que definieron su alimentación antes de la diabetes fueron los aspectos familiares, como el matrimonio. En este sentido, se presentan conflictos de poder e imposición de formas de comer. Así también, la condición económica de las y los colaboradores fue un elemento

---

<sup>125</sup> Principalmente, se incorporaron alimentos ultraprocesados como cereales de caja y jugos.

que definió sus prácticas alimentarias, por ejemplo, la necesidad de trabajar en la infancia y la influencia que esto tuvo en no comer, o la restricción de determinados alimentos debido a la falta de recursos económicos, o el caso contrario, donde la estabilidad económica está relacionada a la abundancia.

La alimentación fuera de casa y la de las fiestas o reuniones, fueron algunas de las circunstancias momentáneas que definieron su alimentación. Antes de la diabetes, la alimentación que llevaron fuera de casa se dio después de momentos específicos, como después de cobrar su sueldo, en fin de semana o simplemente porque era un hábito comer en la calle. Por otro lado, la alimentación de las fiestas se caracterizó por comer *de todo*: arroz, sopas, carnitas, barbacoa, mole con pollo, carne de res, pastel y refresco.

En resumen, las y los colaboradores refieren que antes del diagnóstico de la diabetes comieron *de todo*, lo que más les gustaba (y ahora tienen que *aguantarse*), bastante y *sin lineamiento*.

## **1.5 EXPERIENCIA DE ALIMENTACIÓN DESPUÉS DE PADECER DIABETES**

En la diabetes, la alimentación forma parte del tratamiento de la enfermedad, sin embargo, atender la enfermedad surge después de un proceso de aceptar el diagnóstico, reconocerse enferma o enfermo, entre otros factores; por lo que, llevar a cabo un plan o recomendaciones de alimentación surge después de un proceso complejo. Aunque, generalmente, las y los colaboradores refirieron dificultades para aceptar el diagnóstico, la aceptación llegó a través de diversas experiencias, como: experimentar la sintomatología de los niveles elevados de glucosa (como la pérdida drástica de peso) o la forma de recibir el diagnóstico de la enfermedad y las advertencias alrededor de él (desarrollo de complicaciones y la muerte).

### **1.5.1 CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN**

Los cambios en la alimentación se empezaron a realizar por diversas razones y experiencias, por ejemplo: reconocer los niveles elevados de glucosa y tener intenciones de *vivir más*, el objetivo de controlar la enfermedad y procurar el autocuidado, padecer por varios años la enfermedad, así también, el inicio del tratamiento con insulina y el desarrollo de alguna complicación, razones que también fueron referidas por el personal de salud. Inclusive, los cambios en la alimentación se

tuvieron que hacer, pues, un nivel normal de glucosa fue uno de los requisitos que un colaborador necesitó para realizarse una cirugía.

En la perspectiva del personal de salud, ellas consideran que las razones por las cuales las y los pacientes no llevan a cabo cambios en su alimentación son la negación del diagnóstico y la falta de consciencia de la enfermedad, sin embargo, aceptar el diagnóstico o conocer las complicaciones que pueden derivar de la diabetes, no son razones suficientes para que haya cambios en la alimentación. Es decir, saberse enfermo o tener determinados conocimientos acerca de la diabetes no representan una garantía para que las y los pacientes empiecen a llevar a cabo el tratamiento para la atención de la enfermedad. En cambio, el miedo a morir o los comentarios que recibieron acerca de su cuerpo y físico, si fueron una razón para empezar a realizar prácticas de atención a la diabetes.

Respecto al tema alimentario, los principales cambios que las y los colaboradores realizaron consistieron en disminuir el consumo de ciertos alimentos, como: tortillas, pan, *harinas*, frijoles, alimentos de origen animal con alto contenido de colesterol (carnitas, carne de puerco y barbacoa), grasas, refresco, postres, bebidas dulces, azúcares y sal. Así también se disminuyó el consumo general de alimentos. Otros colaboradores suspendieron de manera definitiva el consumo de dulces, azúcar, refresco, alimentos de origen animal con alto contenido de colesterol y sal. Otros cambios que se realizaron consistieron en implementar colaciones, cambiar la calidad de los alimentos, dejar de preparar postres, comer a sus horas, comer alimentos como pescado, tomar agua simple, evitar preparaciones con mucha grasa, cambiar el refresco normal por light, suplir ciertos alimentos, comer más verduras, carnes como pollo y pescado, piña y avena, y evitar desayunar *pesado*.

De acuerdo con lo referido, se distingue que el azúcar y los alimentos que lo contienen fueron los principales alimentos que se disminuyeron o suspendieron su consumo. Por otro lado, resalta que entre esta lista de alimentos que se disminuyó su consumo estén las tortillas y los frijoles, pues, son alimentos básicos de la alimentación mexicana (por lo que, hay diversos significados culturales alrededor de ellos), además de que son una fuente importante de nutrientes, la reducción de su consumo no se puede equiparar con la de alimentos como el refresco.

Así mismo, algunos cambios en la alimentación corresponden al estado de salud, por ejemplo, el desarrollo de alguna complicación deriva en la disminución o suspensión del consumo de alimentos con alto contenido de colesterol y sal, pues, se relacionan con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Algunos colaboradores se sintieron bien con los cambios o se adaptaron, sin embargo, a otros les generaron algunas dificultades. Por un lado, se generaron resistencias ante la imposición de realizar cambios en la alimentación, como disminuir el consumo de tortilla. Por otro lado, aunque disminuir o suspender el consumo de azúcar y del sabor dulce pudiera haber representado ciertas dificultades al principio, en general, las y los colaboradores se acostumbraron; no así con la sal, pues, su ausencia en los alimentos cambia de manera drástica el sabor de los mismos.

Otro inconveniente que se presentó fue el desarrollo de asco, rechazo o falta de tolerancia a alimentos que se dejaron de consumir, como las carnitas, la barbacoa, la comida dulce y la sal. También, cambiar la forma de alimentarse y disminuir el consumo general de alimentos, se relacionó con cambios de humor provocados por el hambre, como mal humor y ansiedad, que si bien el colaborador refirió que enfrentó con resignación y *fuerza de voluntad*, no debe ignorarse que el hambre, de acuerdo con Lappé y Collins (1986, como se citó en Counihan, 1999) puede ser un signo de indefensión, que resulta en impotencia debido a la incapacidad de satisfacer una necesidad básica de subsistencia.

### 1.5.2 ALIMENTACIÓN Y TRATAMIENTO CON INSULINA

Por otro lado, se identifican elementos que definen la alimentación después del diagnóstico de la diabetes, como el tratamiento con insulina y la estructura y dinámica familiar. A continuación, se abordan ambos.

El tratamiento con insulina está asociado a algunos significados, como que se prescribe en un estado avanzado de la diabetes, así también, el personal de salud refiere que las y los pacientes temen iniciar el tratamiento con insulina. La mitad de las y los colaboradores entrevistados se aplican insulina, la cual, ha repercutido en sus prácticas alimentarias. Por un lado, la insulina determina horarios (estrictos) de alimentación, así como ingestas de alimentos (estrictas); por ejemplo, ya no comer nada después de cierta hora o tener que cenar aunque no se tenga hambre. Por otro lado, la insulina también está asociada a la necesidad de comer o de estar comiendo. Para otros colaboradores, el tratamiento con insulina no generó cambios drásticos en su alimentación, en general, se disminuyó el consumo general de alimentos, grasas y azúcares, y se incrementó el consumo de verduras.



Uno de los elementos que ha definido la alimentación después del diagnóstico de la diabetes es la estructura y dinámica familiar. Al respecto, se identifican 2 situaciones, familias que acompañan al paciente en el trascurso de la enfermedad a través de la alimentación y familias que no lo hacen. En el primer caso, en la familia se implementaron algunos cambios en su alimentación, como la suspensión del consumo de refresco, el incremento en el consumo de frutas y verduras, la disminución del consumo de alimentos como el pan o aquellos con conservadores, la elaboración de platillos que ellos y la o el paciente pudieran comer (gelatinas y ensaladas), así como cambios en la preparación de alimentos. Sí bien esta situación se presentó en algunas y algunos colaboradores, en el caso de los hombres fue más común.

El otro caso que se identificó, fue el de las familias que no realizaron cambios en su alimentación, por lo que, el paciente con diabetes come de manera distinta. Esta situación genera que se visualicen las diferencias entre la alimentación de la familia *sana* y el paciente *enfermo*, lo que refleja cómo a través de la alimentación se puede excluir a otros. En resumen, es visible que la estructura y dinámica familiar influyen en los cambios de alimentación que las y los pacientes llevan a cabo y que la integración familiar resulta en un elemento favorable que contribuye a la atención a la salud del paciente con diabetes.

Por último, de acuerdo con lo referido con el personal de salud, persisten las diferencias en cuanto a las redes de apoyo familiar en el cuidado de la salud, en mujeres y personas adultas mayores son frágiles, mientras que en hombres hay mayor solidez y apoyo.

### 1.5.3 ALIMENTACIÓN COTIDIANA DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO DE DIABETES

En este apartado, se presenta un resumen de la alimentación cotidiana que las y los colaboradores llevaron después del diagnóstico; para ello, se retoman los siguientes elementos: tiempos de comida, momento del día, lugar, compañía, tipo de alimentos y calidad nutricia. La información se presenta dividida por género, pues, las actividades desempeñadas por las mujeres se desarrollaron principalmente en casa, ya sea, porque son amas de casa, o su actividad laboral la realizaban en casa, o porque debido a la pandemia estaban en confinamiento; a excepción de una colaboradora que salía a trabajar, sin embargo, sus comidas las realizaba en casa. En el caso de los hombres, dos de ellos salían a trabajar y los otros trabajaban desde casa, aunque uno de ellos ocasionalmente acudía a su trabajo.

Generalmente, las mujeres realizaron los siguientes tiempos de comida: desayuno (por la mañana), almuerzo (alrededor del medio día), comida (por la tarde) y cena (en la noche), así como algunas colaciones entre estas comidas; los alimentos fueron consumidos en casa y con sus familias. De acuerdo a lo referido, las colaboradoras llevaron una alimentación completa respecto a los grupos de alimentos y a los tiempos de comida. Predomina el consumo de alimentos frescos y locales, como: espinaca, calabaza, hongos, nopales, limón, pan (tipo bolillo), leguminosas, requesón, pollo, res, nueces, chicharrón y té de cedrón. Los alimentos procesados y ultraprocesados que las colaboradoras consumieron fueron: salchicha, jamón, yogur, cereal, crema para café, pasta, pan tostado y galletas marías.

De igual forma, los hombres realizaron los tiempos de comida: desayuno, almuerzo, comida y cena, en un momento del día similar al de las mujeres; los alimentos fueron consumidos en casa o en el trabajo, y con sus familias o solos. Los hombres también llevaron una alimentación completa en cuanto a los grupos de alimentos y los tiempos de comida. Su alimentación también está compuesta, principalmente, por alimentos frescos y locales, como: espinacas, chayote, calabaza, setas, nopales, chile manzano, leguminosas, res, pollo, huevo y queso. Los alimentos procesados y ultraprocesados que los colaboradores consumieron fueron: pan de caja, atún, jamón y refresco. A diferencia de las mujeres, los hombres no suspendieron su consumo de refresco y azúcar.

Al menos la mitad de las y los colaboradores refirieron procurar llevar su alimentación cotidiana con base en las recomendaciones de alimentación o *la dieta*. Por otro lado, algunas situaciones de salud llegan a modificar la alimentación cotidiana de las y los colaboradores, como otros padecimientos (como la gota), la presencia de síntomas como mareos o nerviosismo, los propios niveles de glucosa, inclusive, la pandemia causada por la COVID – 19.

En la cotidianidad se presentan momentos especiales (como los fines de semana, cuando hay reuniones familiares, en semana santa o cuando hay compromisos sociales) en donde se consumen alimentos, platillos o bebidas especiales: los cereales de caja, el pan dulce, los tamales, los productos de origen animal, como la barbacoa, y bebidas como el refresco (normal o sin azúcar), la cerveza y el pulque.

Así mismo, las y los colaboradores refirieron desagrado hacia algunos alimentos como los dulces, chocolates, panecillos, galletas y botanas saladas. En el caso de algunos colaboradores, el sentido del gusto cambió después de suspender o disminuir el consumo de grasa, azúcar y sal. Por

último, ellas y ellos refirieron que el exceso de azúcar ya no se les antoja, inclusive, algunos manifiestan desagrado hacia el refresco, o a productos endulzantes, como los edulcorantes; este desagrado se llega a manifestar a través del desarrollo de asco y/o náuseas a determinados alimentos.

#### 1.5.4 ALIMENTACIÓN EN MOMENTOS ESPECIALES

Por otro lado, la alimentación en eventos importantes y fuera de casa rompe la cotidianidad de las y los colaboradores.

Respecto a la alimentación en eventos importantes, como fiestas y eventos, las y los colaboradores procuraron comer de todo pero en pocas cantidades, pues negarse a comer los alimentos que dan en las fiestas está relacionado con ser grosera o grosero. Si bien, debido a la pandemia, la asistencia a fiestas o reuniones estuvo limitada, las y los colaboradores que sí asistieron refirieron aceptar la comida y adaptarse a comer lo que hubiera en las fiestas, pero procurando comerlo en menor cantidad o, por ejemplo, en el caso de la carne, comer la parte magra y evitar la grasa. Las y los colaboradores refirieron que los alimentos que se suelen consumir a las fiestas que ellos acuden son: arroz o espagueti, pollo con mole rojo o verde, frijoles, carnitas, barbacoa, nopales, tortillas, pastel, agua de jamaica y refresco; algunos de ellos, como el pastel, fueron consumidos solo en momentos de fiestas o eventos importantes.

No obstante, en los casos de las colaboradoras que habían desarrollado una complicación, su alimentación fue diferente, pues, tuvieron que abstenerse a comer lo que daban en las fiestas o llevar su propia comida. Para las colaboradoras, comer diferente a los demás en las fiestas, significó romper normas alimentarias implícitas, lo que contribuyó a que fueran excluidas, estigmatizadas y discriminadas. Al respecto de estas normas alimentarias, Counihan (1999) refiere que existen reglas en torno al consumo de alimentos, pues, comer y beber con alguien es un símbolo y una confirmación de comunidad social y de asunción de obligaciones mutuas, por lo que, negarse a compartir la comida con alguien es símbolo de enemistad y hostilidad. Además, el intercambio de alimentos es crucial para mantener buenas relaciones, ya que, compartir comida promueve la solidaridad social.

En cuanto a la alimentación fuera de casa, de acuerdo con las y los colaboradores, esta práctica no fue usual debido a diversas razones, como: las dificultades económicas y porque se decidió reducir el consumo de comida de la calle como forma de atención a la diabetes; se llega a

realizar para cumplir algún compromiso social (acudir con alguna amistad o familiar), en caso de salir y no llevar comida preparada en casa, o en caso de salir de viaje, además de que, la toma de medicamentos dificulta comer fuera de casa (en el caso de aquellos medicamentos cuya toma está prescrita 30 minutos antes de la ingesta de alimentos). Por lo que, las y los colaboradores llegan a *darse un gusto* (generalmente, de carnitas o barbacoa), pero no *en exceso* y con determinada frecuencia, pues, por ejemplo, en el caso de la carne de cerdo, esta está asociada con malestares gastrointestinales.

El sistema frío – caliente permitiría explicar por qué el consumo de carne de cerdo es considerado *pesado*. En primer orden, de acuerdo con García et al. (2021), el sistema taxonómico popular frío – caliente, utilizado por pueblos originarios de Mesoamérica, da cuenta de las propiedades intrínsecas de un dominio, que si bien ha sido aplicado de manera considerable en la medicina tradicional y la alimentación, también ha sido utilizado para el cuerpo humano, las personas y el tipo de carácter, procesos fisiológicos y etapas de la vida, emociones y sentimientos, elementos del ambiente, estaciones del año, colores, etc. (pp. 111 – 120). De acuerdo con Fernández (2012), más que ser una dicotomía que se aplica mecánicamente, este sistema expresa el pensamiento indígena, el cual es flexible, creativo y adaptable a los cambios (p. 258).

Los alimentos pueden afectar a ciertos órganos y desequilibrar el funcionamiento del cuerpo (Fernández, 2012), en el caso de la carne de cerdo, es preciso señalar que en la investigación realizada por Cervantes y Zapién (2020) en Coatetelco, Morelos, los autores refieren que la carne de cerdo (cruda o cocinada) está clasificada como fría y *no tan buena para comer*, aunado a esto, de acuerdo con Fernández (2012), ‘lo frío baja la temperatura de la sangre, impide su correcta circulación, ralentiza el organismo, crea debilidad anímica y predispone a las enfermedades sobrenaturales’ (p. 255), además de que el abuso de alimentos fríos está asociado con dolores en el estómago.

Por otro lado, se presentó el caso de una colaboradora, que debido a la diabetes y a la enfermedad cardiovascular, tuvo que llevar a cabo determinados lineamientos en su alimentación al comer fuera de casa, como: comer solo ciertos tipos de carne (pescado, pollo y algunos mariscos), preparada sin grasa, sin sal ni aderezos, asada o a la plancha y con mucha verdura, comer fruta en vez de postre, ya que, no llevar a cabo estos lineamientos podía complicar su estado de salud.

Generalmente, los lugares en donde las y los colaboradores comieron fueron puestos de antojitos, tacos o comida rápida, la casa de alguna amistad o familiar y en restaurantes. Las comidas que usualmente se consumieron fueron gorditas, carnitas, barbacoa, tacos y tortas.

#### 1.5.5 LA ALIMENTACIÓN EN EL TRABAJO

La dinámica de las actividades laborales cambió debido a la pandemia, estos cambios se manifestaron en las entrevistas. Por otro lado, dentro de las dificultades que se presentaron en torno a la alimentación, la falta de tiempo para comer fue una de ellas, lo que derivó en ayunos prolongados. Así mismo, otra dificultad que se presentó fue que en los espacios de trabajo no hay espacios formales para comer, como un comedor o cafetería, por lo que, los colaboradores tuvieron que llevar su comida a su trabajo o comer en restaurantes; sin embargo, el hecho de que una empresa tenga comedor, no es garantía de que sus trabajadores reciban una alimentación adecuada a sus necesidades, pues, retomando una de las experiencias que tuvo el personal de salud al acudir al comedor de una empresa de la zona, fue que el menú que proporcionaban no era saludable, por lo que, contar con comedor no es suficiente, sino también se debe garantizar que la comida que se proporciona se adecue a las necesidades nutricionales y culturales de las y los trabajadores.

Aunque los colaboradores no contaran con comedor o cafetería en sus trabajos, sí había un espacio para calentar los alimentos. Al respecto, se desconocen las condiciones en que los colaboradores llevan a cabo sus comidas, no obstante, el hecho de que pudieran llevar comida preparada en casa les resultó favorable a su salud. Por otro lado, también se presentó el caso de que la pandemia resaltó la vulnerabilidad de las personas que padecen diabetes, por lo que, en el caso de un colaborador, en su trabajo le fue establecido un horario de alimentación determinado debido a la enfermedad.

Otra de las dificultades que se presenta relacionada al trabajo son las actividades que se desempeñan. En el caso de una colaboradora, la elaboración de dulces típicos resultaba perjudicial, pues, al elaborarlos tenía que probarlos y esto repercutía en sus niveles de glucosa.

#### 1.5.6 DIFICULTADES EN TORNO A LA ALIMENTACIÓN

En este apartado se discuten las dificultades que las y los colaboradores refirieron acerca de la alimentación que han llevado después de recibir el diagnóstico de la enfermedad.

En primer lugar, una de las dificultades que se presenta son las ideas que hay en torno a la alimentación que debería llevar una persona que padece diabetes. La *dieta* o el *régimen alimentario* se perciben costosos. Uno de los hechos que contribuye a esta idea es la recomendación que las y los nutriólogos hacen respecto a ciertos productos alimenticios, por ejemplo, las tortillas de nopal, el queso cottage o las tostadas horneadas. Estos alimentos fueron mencionados en las entrevistas y, de acuerdo al contexto de Jocotitlán, no son accesibles, por lo que, se tienen que comprar en otros lugares, además de que no son alimentos que forman parte de su alimentación cotidiana y son considerados costosos.

Así mismo, los problemas económicos es una dificultad que atraviesan algunos colaboradores, en las entrevistas se expresó como esta situación se refleja en la alimentación: '*lo que Dios nos socorra, [...] siendo realistas a como está aborita la situación no siempre podemos llevar una dieta como nosotros quisiéramos*', '*sí tu economía no te alcanza, pues come lo que tienes*'. La *dieta*, al percibirse costosa y sumado a las dificultades económicas, es difícil llevarla a cabo.

Una idea que persiste alrededor de la alimentación que deben llevar las y los pacientes es que su alimentación debe ser diferente a la del resto de la familia. Considerando que la mayor parte de decisiones y prácticas relacionadas con el proceso alimentario es realizada por mujeres, para ellas esta idea significa tener que preparar una comida diferente y tener una carga extra de trabajo; para los hombres, representa que les tengan que hacer otra comida.

Con respecto a tener que comer diferente a los demás, esta representa otra dificultad, pues, alrededor de la comida y del acto de comer hay normas ya establecidas, estas están implícitas en los sabores, en las preparaciones, en los momentos (como las fiestas, cuando se come en la calle, en las comidas de los fines de semana, etc.), en las situaciones específicas en las cuales se debe aceptar un alimento, entre otras. Salirse de estas normas genera conflictos, además de que refuerza el estigma alrededor de las personas que padecen diabetes.

Las restricciones alimentarias representan otra dificultad en quienes llevan un plan de alimentación enfocado en la atención a la diabetes. Los cambios en la alimentación generan hambre, lo que para las y los colaboradores se manifiesta en *ansiedad de seguir comiendo*, en cambios en su *humor*, por lo que, tienen que implementar formas de *matar el hambre*. Dentro de estas restricciones, *abstenerse de comer algo*, significa también una dificultad: tener la *tentación* de comer algún alimento y no comerlo, y además de ello, tener que acostumbrarse a realizar esta práctica. Respecto a estos sentimientos de

añoranza y nostalgia en torno a dejar de comer ciertos alimentos, Page Pliego (2020) da cuenta que las restricciones alimenticias están asociadas con emociones como la tristeza, enojo y culpa, lo que redundaría en un sufrimiento emocional.

Otra de los problemas por los cuales las y los colaboradores atravesaron al llevar a cabo una alimentación específica para la atención a la diabetes fue la asociación de esta con el establecimiento de hábitos y disciplina. Se reconocen las dificultades implicadas en llevar una disciplina, en tener que estar pendiente de lo que sí se puede comer y de lo que no, en tener que ajustar estos regímenes a la cotidianidad y en mantener estas formas de comer por largos periodos de tiempo. Por otro lado, algunos hábitos alimenticios (como el consumo de refresco) llevan realizándose durante la mayor parte de la vida de las y los colaboradores, por lo que, modificarlos implica un proceso complejo.

Por último, la necesidad de orientación y las implicaciones derivadas del trabajo, como la falta de tiempo en la jornada laboral, así como las actividades desempeñadas que resultan adversas al control glicémico (como la elaboración de dulces), son otras de las dificultades que también se presentaron en la alimentación.

### 1.5.7 LA ALIMENTACIÓN COMO FORMA DE AUTOATENCIÓN EN LA DIABETES

La alimentación fue una forma a través de la cual las y los colaboradores procuraron el control de la diabetes. Todas las tipologías llevaron a cabo prácticas de autoatención recomendadas por familiares o personas conocidas, las cuales fueron eficaces y accesibles. Para disminuir los niveles de glucosa las y los colaboradores consumieron alimentos como: el nopal y la piña; tomaron té de: *peshtó*, limón con ajo, *para los nervios*, de cedrón, de sábila con hojas de tomate y cola de caballo; así como jugos de: nopal, limón y tomate, o jugo verde (elaborado con nopal, espinacas, xoconostle, perejil y apio); y otras bebidas, como licuados de: avena con agua, manzana verde y canela o bebidas alcohólicas como: el pulque.

Por su parte, el personal de salud reconoce que sus pacientes realizan estas prácticas, el consumo de té y jugos (como el verde) son las principales prácticas. Aunque el personal de salud refiere que las mujeres son las principales que realizan estas prácticas, la información proporcionada en las entrevistas da cuenta que también es común que los hombres realicen estas formas de autoatención.

En resumen, la mayoría de las y los colaboradores han realizado este tipo de prácticas en algún momento de su trayectoria de atención de la enfermedad. Su eficacia y accesibilidad, las hacen una forma de atención común entre los colaboradores.

## **1.6 ALIMENTACIÓN Y COVID – 19**

Derivado de la pandemia, se presentaron cambios en la alimentación, los cuales se manifestaron en diferentes niveles: el individual/familiar, el colectivo y el económico.

A nivel individual y familiar, las medidas de confinamiento domiciliario obligaron a algunos colaboradores a trabajar desde casa, esto modificó sus prácticas alimentarias favorablemente, pues, pudieron comer en casa, con su familia o solos, y comida preparada por ellos mismos o por su familia. En general, tuvieron más tiempo para llevar a cabo las actividades relacionadas con el proceso alimentario.

Así mismo, el consumo de suplementos alimenticios también fue una práctica realizada por algunos colaboradores, la cual se realizó con la finalidad de protección ante la COVID – 19. Los suplementos fueron consumidos por decisión propia y también porque fueron proporcionados en su lugar de trabajo.

Uno de los cambios que se presentaron en la cotidianidad de las y los colaboradores fue que, debido a las restricciones sanitarias impuestas, no pudieron salir de casa y dejaron de realizar las actividades que solían hacer en el espacio público, como salir a caminar. En este aspecto, su actividad física disminuyó.

De manera general, la COVID – 19 resaltó la vulnerabilidad de las y los pacientes con diabetes: *a los diabéticos nos pega más fuerte.*

Así mismo, dentro de las familias se modificaron las prácticas alimentarias: se dio la compra de alimentos a domicilio; hubo apoyo familiar para garantizar la obtención de alimentos; el lavado y desinfección de los alimentos recién comprados disminuyó su durabilidad; hubo mayor consumo de frutas y verduras; algunos colaboradores reconocieron que comieron más; en los hogares, al haber más miembros de la familia, se prepararon más alimentos.



Enfermar de COVID – 19 también afectó las prácticas alimentarias, pues, requirió de una alimentación especial para la recuperación. La alimentación que se llevó en momentos de enfermedad estuvo definida por horarios establecidos, comidas (desayuno, comida y merienda) y preparaciones específicas (pollo con verdura).

A nivel colectivo y, en general, haciendo referencia a aquellas actividades que se realizaron en el espacio público, en los establecimientos de compra de alimentos, se presentaron dinámicas para evitar el riesgo de contagio. Las y los colaboradores refirieron que en el tianguis de Jocotitlán, se instalaron menos puestos, no se podían consumir alimentos en los puestos de comida, solo para llevar (esta medida no solo aplicó a los puestos del tianguis, sino, en la mayoría de establecimientos de comida) y se estableció una entrada y una salida, con la finalidad de aplicar gel antibacterial y agilizar el tránsito dentro del tianguis, para que fuera *de entrada por salida*.

En la narrativa de las y los colaboradores, también sobresalen las medidas que tomaron para evitar o disminuir el riesgo de contagio, además del distanciamiento, medidas de sanitización (lavado y desinfección con sustancias como jabón, cloro, vinagre, además del uso de gel antibacterial, alcohol y desinfectante) y protección personal (uso de careta, lentes y cubrebocas).

A nivel económico, de acuerdo con el personal de salud, algunos pacientes tuvieron que dejar de trabajar, por lo que, al tener menos ingresos económicos, el gasto en alimentos disminuyó. Además de ello, como medida para evitar los lugares con muchas personas, algunos colaboradores dejaron de comprar sus alimentos en el tianguis y compraban en recauderías o tiendas cercanas, generalmente a un mayor costo, lo que también repercutió en su economía.

Reyes y Meza (2021) refieren que algunos de los cambios que se dieron en la alimentación durante el confinamiento por COVID-19 fueron el alto consumo de alimentos ultraprocesados, la disminución del consumo y preferencia de alimentos considerados benéficos a la salud, la compra de alimentos de menor calidad nutricional pero más baratos (esto debido a las repercusiones económicas derivadas de la pandemia), y cambios en los hábitos alimenticios originados por los efectos de la pandemia en la salud mental de la población. A diferencia de lo encontrado por Reyes y Meza (2021), la pandemia trajo consecuencias positivas en la mayoría de las y los colaboradores.

## **1.7 ALIMENTACIÓN, DIABETES Y CORPORALIDAD**

De acuerdo a la experiencia de las y los colaboradores, el cuerpo cambia a causa de la diabetes y es a través de él que se expresan momentos puntuales de la trayectoria de padecer la enfermedad. Por un lado, desde la biomedicina, el sobrepeso y la obesidad se consideran una de las causas de la diabetes. Esta idea normativa tiende a considerar a los cuerpos gordos como enfermos y a los delgados como saludables, lo que convierte a la delgadez en un objetivo que debe alcanzarse y que, aunque también se vio reflejado en la narrativa de los colaboradores, fue más presente en las mujeres. La devoción a la delgadez, podría ser un efecto de la *cultura de la dieta*, que de acuerdo con Harrison (2019, como se citó en Navajas-Pertegás, 2021) es el ‘sistema de creencias que venera la delgadez y la equipara con la salud y la virtud moral’ (p. 7).

La delgadez refleja un mandato impuesto hacia las mujeres: *que mujer no quiere adelgazar*, una garantía para el bienestar físico y moral: *me sentía mejor, físicamente y moralmente*. Al respecto, Zafra (2015) refiere que la *búsqueda de la delgadez* está asociada al *éxito social*, y con ello a elogios, aceptación, éxito en el amor, trabajo y con el grupo de iguales (p. 47). Por otro lado, la gordura, fue sinónimo de decepción: *me veo mal, no me gusto, estoy decepcionada de mi cuerpo*; ser gorda o gordo indicó que es no hacer algo por tu vida: *ya ponte a dieta, ya tienes que hacer algo por ti, por tu vida*. Algunos de estos elementos son similares a los descritos por Counihan (1999), quien da cuenta del miedo a la gordura en mujeres estadounidenses y la delgadez como un símbolo de autocontrol y poder. La búsqueda de la delgadez y el miedo a la gordura fueron una situación que se presentó en colaboradoras y colaboradores de todas las tipologías.

Por otro lado, la pérdida drástica de peso es un síntoma de la diabetes que genera cambios en el cuerpo: *te ves bien jodido*, esta se percibió negativamente al ser un reflejo de la enfermedad. Por último, las complicaciones de la diabetes también implicaron transformaciones en el cuerpo. En el caso de las colaboradoras, la pérdida de alguna parte del cuerpo (una amputación) o el ensanchamiento del esternón (a causa de una cirugía de cateterismo derivada de un infarto), generaron repercusiones en su vida diaria: limitaciones para hacer actividad física y actividades cotidianas.

## **1.8 EMOCIONES, ESTIGMA Y ALIMENTACIÓN**

Las emociones emergieron dentro de la narrativa de las y los colaboradores, la culpa fue una de ellas, la cual se relacionó con la moralidad y fue reforzada por el discurso médico, pues, persiste la idea de la responsabilidad individual de la enfermedad, la cual deriva en la culpabilización por

desarrollar diabetes, por no ‘cuidarse’ o por desarrollar alguna complicación. De acuerdo con Ryan y Crawford (1971 y 1977, como se citaron en Gracia, 2005), culpabilizar a la víctima, es un recurso a través del cual se estigmatizan los comportamientos de riesgo para transformar a las víctimas en culpables. En este sentido, el desarrollo de la diabetes depende de diversas causas, no solo de una responsabilidad individual.

La culpa también es una herramienta empleada por el personal de salud para que las y los pacientes realicen acciones de autocuidado. Esta idea se transmite con el mensaje de que si no hay control de la enfermedad puede haber pérdida de autonomía, dependencia a otras personas y molestias para la familia. Otra de las formas a través de la cual se expresa la culpa, es la referida por Page (2020), de acuerdo con el autor, las restricciones en la alimentación pueden representar un sufrimiento emocional para quien tiene que realizarlas, pues, la persona ‘sufre porque tiene que restringirse en su alimentación, o si no se restringe, sufre de culpa’ (p. 98).

Otra emoción que emergió en la narrativa de las y los colaboradores es el miedo. Page (2020) da cuenta del miedo que sufren las personas que padecen diabetes alrededor de una muerte precoz o a desarrollar alguna complicación. Similar a lo que refiere el autor, las y los colaboradores experimentaron miedo por las mismas causas, el cual se agudizó al conocer sus propios niveles de glucosa, al recibir el diagnóstico de la enfermedad y la forma en que este se realizó: *‘sí tú no te cuidas, te vas a morir*, o al ver a alguien cercano cuyo estado de salud se complicó por los niveles elevados de glucosa: *‘horita que llegó el día en que nos dio el COVID y él, estaba bien negro, negro, pero era porque el azúcar se le había subido a 540’*, (Lorena, 2021).

El miedo, al igual que la culpa, es una herramienta empleada por el personal de salud para promover las prácticas de autocuidado en pacientes y se sustenta en que, si no hay cuidado, persiste el riesgo de desarrollar alguna complicación, de iniciar el tratamiento con insulina, entre otros. El miedo, por lo tanto, también es un elemento que determina las prácticas alimentarias.

En la narrativa de las y los colaboradores, el estigma es visible y la alimentación es una forma a través del cual se expresa (por ejemplo, al compartir los alimentos en familia se visibilizan las diferencias entre la alimentación del enfermo y el no enfermo). Acerca del estigma asociado con la diabetes, Pedrero et al. (2021) refieren que algunos de los elementos que lo determinan son: la idea de que padecer diabetes es una responsabilidad individual, la relación de la enfermedad con la incapacidad para llevar una vida normal, con la discapacidad y el riesgo de muerte.

Este conjunto de ideas construyen un estereotipo alrededor de las y los pacientes que deriva en discriminación. Las consecuencias del estigma son diversas<sup>126</sup>, sin embargo, de acuerdo con los autores, en la salud repercute en los indicadores de salud física y mental, así como, en el menor acceso a recursos para la salud. El estigma asociado a la diabetes refuerza la culpa y dificulta que las y los pacientes lleven a cabo el tratamiento para la enfermedad, pues, al realizarlo, se exponen a ser estigmatizados. Como señalan Pedrero et al. (2021), el estigma tiene efectos perjudiciales en el control metabólico y en la calidad de vida de las personas que padecen diabetes. En el caso de la presente investigación, el estigma relacionado a determinadas prácticas alimentarias fue una limitante para que se llevaran a cabo.

## 2. CONCLUSIONES

La presente investigación fue guiada por la pregunta: ¿Cuáles son los saberes y experiencias sobre la alimentación en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, sus familiares y el personal de salud que los atiende en una U.M.F. del municipio de Jocotitlán, Estado de México?

Para la resolución de esta pregunta, se planteó un objetivo general, que fue: describir y analizar los saberes y experiencias de alimentación en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, sus familiares y el personal de salud que los atiende en una U.M.F. del municipio de Jocotitlán, Estado de México. Se buscó llegar a él a través del análisis y descripción de: las representaciones sociales de la alimentación y su relación con la diabetes mellitus tipo 2, las prácticas de alimentación dirigidas a la atención a diabetes, las prácticas de alimentación enfocadas a la atención a la diabetes recomendadas por el personal de salud de la U.M.F., y la experiencia de alimentación antes y después

---

<sup>126</sup> Pedrero et al. (2021) indican que el estigma asociado a la diabetes tiene consecuencias a nivel psicosocial, conductual y fisiológico. En el nivel psicosocial, el estigma afecta la autoeficacia y el autoestima de quienes padecen la enfermedad; otro elemento que repercute en este nivel es el estrés, que puede surgir de las propias dificultades de la enfermedad, así como el generado por el miedo al rechazo, lo que puede originar que se oculte el diagnóstico; por último, el estigma, repercute en la salud mental, pues, los estereotipos asociados a la diabetes, principalmente, la responsabilidad individual del diagnóstico, favorecen la culpa y vergüenza, emociones que influyen en la salud mental. A nivel conductual, el estigma redundante en un efecto negativo en la realización de prácticas de autocuidado, como lo son las recomendaciones de alimentación, además de otras prácticas, como el uso de insulina y de los servicios de salud. Dentro de las consecuencias fisiológicas, los autores refieren que la evidencia es escasa, pero el estigma está asociado con condiciones que ejercen efectos perjudiciales a la salud, como mayor reactividad cardiovascular, la activación del eje hipotálamo hipofisario, alteraciones de la respuesta inmune y mayor carga alostática.

del padecimiento. Para ello, se planteó entrevistar a pacientes de la U.M.F., a sus familiares y al personal de salud.

Para el caso de los pacientes, se elaboraron tipologías de acuerdo a las variables de estudio (sexo, edad y desarrollo de complicaciones). De la combinación de variables, resultaron 8 tipologías, sin embargo, en la investigación solo participaron pacientes de las tipologías I, III, IV y V. Si bien, esto podría considerarse una limitación, en general, las y los colaboradores cuentan con diferentes trayectorias de vida y del padecimiento, lo que proporcionó diversos elementos para el análisis y la descripción. Esto representó un alcance para la investigación. También significó un alcance poder conocer la experiencia del personal de salud desde dos perspectivas diferentes, la visión médica y la de enfermería, ya que, las experiencias de atención son diferentes. Por otro lado, solo se pudo entrevistar a un familiar, lo que representó una limitación.

La emergencia sanitaria causada por la COVID – 19, también representó una limitación para el desarrollo de la investigación, pues, las entrevistas tuvieron que realizarse por videollamada o por llamada telefónica y la observación solo se pudo realizar en la cabecera del municipio, en espacios abiertos y sin tener contacto con las personas. Esto tuvo repercusiones en diferentes aspectos, principalmente en la comunicación y en que no pudieron observarse elementos de la alimentación de las y los colaboradores, solo a través de fotos.

Las experiencias del padecimiento y las de atención que las y los colaboradores me compartieron permitieron cumplir con los objetivos y responder la pregunta de investigación. Sin embargo, es claro que las experiencias de las tipologías que faltaron (II, VI, VII y VIII), así como la de los familiares, enriquecerían el análisis del problema planteado en la investigación.

En cuanto a la hipótesis, uno de los supuestos que orientó esta investigación fue que las y los pacientes recibían escasa orientación alimenticia y nutricional por parte del personal de salud, por lo que, sus saberes alimentarios provenían de su contexto sociocultural. Ahora bien, de acuerdo a los resultados obtenidos, se reconoce que el personal de salud brinda orientación, aún con las limitaciones propias que se dan en el proceso de atención. Además, a nivel institucional, se cuenta con herramientas educativas que tienen el mismo fin. Por otro lado, la mayoría de pacientes recibió atención a la salud de distintas medicinas y terapias, así como de su red social. Por lo que, en conclusión, con este supuesto, los saberes alimentarios de las y los colaboradores no solo provienen de su contexto sociocultural, sino también, del pluralismo de formas de atención que buscan para

atender la diabetes (atención biomédica e institucional, terapias alternativas y tradicionales, y prácticas de autoatención), así como de las experiencias propias de atención a otras enfermedades.

El segundo y tercer supuesto que orientaron la investigación hacían referencia a la complejidad de llevar a cabo un plan o régimen alimentario para el control de la diabetes, por un lado, por los diversos de elementos que conforman la alimentación (disponibilidad y acceso de alimentos; condiciones socioeconómicas; significados, construcciones socioculturales y valores simbólicos; y su importancia en la vida social); así como por cuestiones cotidianas que influyen en las decisiones alimentarias (emociones, la experiencia personal y del padecimiento, las costumbres y tradiciones, y la búsqueda de bienestar).

Respecto a estos últimos supuestos, los resultados de la investigación dieron cuenta que la alimentación sí implica un proceso complejo, pues, comprende los elementos ya mencionados, pero además de ellos, se suman otros como: el trabajo, los movimientos migratorios, género, estigma y discriminación, los derivados de la pandemia causada por COVID – 19 (que inclusive, al inicio del planteamiento de la presente investigación todavía no existía) y la corporalidad.

En conclusión, la hipótesis se comprobó parcialmente, pues, los saberes alimentarios de las y los colaboradores no solo provienen de su contexto sociocultural, sino también del pluralismo de las formas de atención que han buscado para atender la diabetes. Así mismo, en la hipótesis ya se hacía referencia de la complejidad del proceso alimentario por los elementos que lo conforman, los resultados obtenidos añaden más elementos a esta complejidad.

Por otro lado, al principio de la investigación, se consideró el análisis de una serie de categorías que permitieran cumplir los objetivos planteados en la investigación, sin embargo, al realizar las entrevistas empezaron a emerger categorías nuevas, como: la alimentación de la infancia, migración, cuerpo, emociones, trabajo, estigma asociado a la diabetes y atención nutricional. Estas categorías por sí mismas son complejas y están compuestas por diversos elementos, por lo que, su análisis requiere de múltiples recursos para su discusión. Por lo tanto, dada su complejidad, se sugieren nuevas líneas de investigación que aborden estas categorías (y su relación con la alimentación en personas con diagnóstico de diabetes) desde una perspectiva antropológica.

Así mismo, el quinto objetivo específico de esta investigación es realizar una propuesta de alimentación que integre las experiencias de las y los colaboradores de la investigación. Para ello,

elaboraré un material educativo que ilustre algunas dudas<sup>127</sup> que los colaboradores me compartieron y que, en medida de lo posible, pueda brindarles orientación alimenticia y nutricional, considerando sus recursos y limitaciones.

Por último, si bien surgieron diversas reflexiones al elaborar este trabajo de investigación, una de ellas fue acerca de mi profesión como nutrióloga, pues, el interés acerca de la alimentación surge de ahí, de la Nutrición. Observar la alimentación desde el enfoque antropológico me hizo plantearme una serie de cuestionamientos acerca de la Nutrición: su forma de intervención, sus técnicas y métodos, sus parámetros, sus alcances y limitaciones, sus constantes actualizaciones, así también, lo invasiva e impositiva que puede llegar a ser. Sin embargo, a pesar de estos cuestionamientos, procuro ser optimista y ahora, con la formación de Antropología, considero que estas dos ciencias se pueden unir para hacer intervenciones nutricias que vayan más allá de controlar las prácticas alimentarias y el peso de las personas, de restringir alimentos e imponer formas de comer.

---

<sup>127</sup> De aspectos generales de la diabetes, las principales dudas referidas fueron acerca de los tipos de diabetes, prevención de complicaciones y prácticas de autocuidado. Del tema alimentario, las dudas son acerca del consumo de alimentos específicos y su relación con el incremento de los niveles de glucosa.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, Y. (2014). *Redes sociales de apoyo en la atención del adulto mayor con diabetes en el municipio de Atlautla, Estado de México*. Tesis de maestría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Aguilar, Y. (2018). Redes sociales de apoyo en el cuidado y atención a personas mayores postradas. *Revista CONAMED*, 23(1), 7-12. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7304277.pdf>
- Alvar Loria, Pedro Arroyo, Victoria Fernández, Jeanette Pardo & Hugo Laviada (2018). Prevalence of obesity and diabetes in the socioeconomic transition of rural Mayas of Yucatan from 1962 to 2000, *Ethnicity & Health*. Consultado el 25 de mayo de 2020. Disponible en <https://doi.org/10.1080/13557>.
- Alvarado-Osuna C., Millán S. F., Vallés-Sánchez V. (2001). Prevalencia de diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes. *Salud Pública de México*, 43(5), 459-463.
- Amancio, M. M., Hugo, A., Ramos, N., y Flávia, M. (2019). Social representations and food practices of people with Diabetes Mellitus Type 2. *Health and primary care*, 3: 1-5.
- Arganis, E. N. (2004). *Estar viejo y enfermo. Representaciones, prácticas y apoyo social en ancianos con diabetes mellitus residentes de Iztapalapa D.F.* Tesis de Doctorado en Antropología. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- Aristondo Polío, A. V., Ayala Zelaya, E. S. y Díaz-Hernández, C. I. (2018). *Representaciones sociales: viviendo con la diabetes. Un estudio antropológico con usuarios de la Asociación Salvadoreña de Diabetes, Sede Central San Salvador (2017-2018)* [Informe final de investigación]. Universidad de El Salvador.
- Ayuntamiento de Jocotitlán (2020). *Atlas de Riesgos*. Municipio de Jocotitlán. Recuperado 30 de agosto de 2021, de <https://jocotitlan.gob.mx/wp-content/uploads/archivos/Maps/Proteccion%20Civil/Atlas%20Riesgos.pdf>.
- Ayuntamiento de Jocotitlán (2021). *Montaña Sagrada*. Recuperado 30 de agosto de 2021, de <https://jocotitlan.gob.mx/index.php/montana-sagrada/>.
- Barragán, A. (2005). La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética. En: *Cuicuilco*, 33 (12), 61-76.
- Benyshek D., Martín J.F., Johnston S.C. (2001). A reconsideration of the origins of the diabetic epidemic among Native Americans. *Medical Anthropology* 20(1):25-64.
- Bertrán, M. (2015). *Incertidumbre y vida cotidiana: Alimentación y salud en la Ciudad de México*. Barcelona, España: Editorial UOC.



- Cabrera, A.G., Hernández, O.G., Zizumbo, L., y Arriaga, E.G. (2019). Régimen alimentario y biopolítica: problematizando las dietas. *Revista Mexicana de Sociología*, 81 (2), 417 – 441.
- Cardoso, M. A. (2006). La cultura como elemento configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico contra la diabetes. *Cultura, Dieta y Diabetes, Cuicuilco*, 13, (37), 129-142.
- Cervantes, M., y Zapién, G. (2020). El mito de los alimentos fríos o calientes y su realidad nutricional. *Narrativas Antropológicas*, 1, 9-18.
- Chimal, C. (2013). Jocotitlán, una Ciudad Heroica. Recuperado 30 de agosto de 2021, de [http://web.uaemex.mx/identidad/docs/cronicas/TOMO\\_XII/Jocotitlan\\_Ciudad\\_Heroica.pdf](http://web.uaemex.mx/identidad/docs/cronicas/TOMO_XII/Jocotitlan_Ciudad_Heroica.pdf).
- Chimal, C. (2020). Casa de Cultura Jocotitlán: Libro – Guía de Turismo. Recuperado 30 de agosto de 2021, de <http://sistemas.sectur.gob.mx/dgots/---14-guias-turismo/casa-de-cultura-de-jocotitlan-hidalgo.pdf>.
- Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 1 (14), 61-71.
- Contraloría, Dirección de Vinculación Municipal y Departamento de Estructura Orgánica y Salarial (2017). Panorama General del Crecimiento Económico Municipal en el Estado de México 2003-2015.
- Corbin, J. (2016). La investigación en la Teoría Fundamentada como un medio para generar conocimiento profesional. En: S. Bernard (comp.), *La Teoría Fundamentada: una metodología cualitativa* (pp.13-54), Aguascalientes, Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Cortés, C. (2018). *Experiencias de tener diabetes mellitus tipo 2 y su atención en el Cardonal, Hidalgo*. Tesis de maestría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Counihan, C. (1999). Food, Culture, and Gender. En *The Anthropology of Food and Body: Gender, Meaning, and Power* (pp. 6-24). Routledge.
- Die, M. (2002). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 1, 39-48. [https://doi.org/10.5209/rev\\_psic.2003.n1.17245](https://doi.org/10.5209/rev_psic.2003.n1.17245)
- El Economista. (2016, 18 enero). *Grupo IUSA invierte US38 millones en parque solar Don Alejo*. <https://www.economista.com.mx/empresas/Grupo-IUSA-invierte-US38-millones-en-parque-solar-Don-Alejo-20160117-0055.html>.
- Eroza S.E. et al (2019). Experiencias y prácticas en la alimentación de personas que padecen diabetes en la frontera sur de Chiapas México. *RLEEI* 3(2): 74-89.

- Escutia, V., y Monroy, F. (2006). Industrialización difusa y complejos industriales en zonas rurales. El caso de IUSA en el municipio de Jocotitlán, Estado de México. En: *Quivera*, 2 (8), 184 – 208.
- Fernández, D. S. (2012). El «frío» y el «calor» en el sistema médico nahua de la Sierra de Texcoco. Una aproximación. *Revista Española de Antropología Americana*, 42(1), 251-260. [https://doi.org/10.5209/rev\\_reaa.2012.v42.n1.38647](https://doi.org/10.5209/rev_reaa.2012.v42.n1.38647)
- Ferreira, A. (2012). Las prácticas alimentarias de los diabéticos y sus implicaciones para la identidad de género en las situaciones de comensalidad. En: M. Gracia (comp.), *Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinares* (pp. 61 – 78). Tarragona, España: Publicaciones URV.
- García, K. Y., Vibrans, H., y Vargas, L. A. (2021). «Frío» y «caliente» en México: categorías, dominios y distribución de un sistema de clasificación mesoamericano. *Cuicuilco Revista de Ciencias Antropológicas*, 84, 107-150.
- Garro L. (1995). Individual or societal responsibility? Explanations of diabetes in an Anashinabe (Ojibway) community. *Social Science and Medicine*, 40:37-46.
- González, E. (2015). Batalla Insurgente de Xocotitlán. CCIV Aniversario. 1811 – 2015.
- González, E., Gómez, J. L., García, G. y Barranco, D. (2016). Xocotitlán. Un pueblo que escribe su historia. Conociendo nuestro templo.
- González, J. (2019). Exploración de las herramientas metodológicas para la producción de las narrativas. En: L. Hamui; B. Vargas; L. Fuentes; *et al.* (eds.), *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas* (pp. 89-134). Ciudad de México, México: Editorial El Manual Moderno/UNAM
- Gracia Arnaiz, M. (2005). Maneras de comer hoy. Comprender la modernidad alimentaria desde y más allá de las normas. *Revista Internacional de Sociología*, 63(40), 159-182. <https://doi.org/10.3989/ris.2005.i40.193>
- Guber, R. (1991). ¿A dónde y con quiénes? Preliminares y reformulaciones de la delimitación del campo. En: *El salvaje metropolitano Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo* (pp. 99-126). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós
- Hamui, L. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Cuicuilco*, 18 (52), 51-69.
- Hamui, L. (2019). Entramado teórico-metodológico en la investigación de las narrativas del padecer. En: L. Hamui; B. Vargas; L. Fuentes; *et al.* (eds.), *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas* (pp. 1-38). Ciudad de México, México: Editorial El Manual Moderno/UNAM.

- Ibarra-Sánchez, L. S., Viveros-Ibarra, L. S., González Bernal, V. M. y Hernández Guerrero, F. (2016). Transición Alimentaria en México. *Razón y Palabra*, 20, 166-182. <http://revistarazonypalabra.com/index.php/ryp/article/view/697>
- Instituto Mexicano del Seguro Social (s. f.). Cartera de Alimentación Correcta y Actividad Física.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2009). Jocotitlán, México. En: *Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos*.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). *Prevalencia de Obesidad, Hipertensión y Diabetes para los Municipios de México 2018*. Recuperado 30 de agosto de 2021, de <https://www.inegi.org.mx/investigacion/pohd/2018/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). Jocotitlán. *Panorama sociodemográfico de México 2020*, pág. 114.
- Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (2019). Estado de México. Pueblos indígenas con mayor presencia en la entidad. En: *Atlas de los pueblos indígenas de México*. Consultado el 17 de julio de 2020. Disponible en [http://atlas.inpi.gob.mx/?page\\_id=7211](http://atlas.inpi.gob.mx/?page_id=7211).
- Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (2010). Sistema Nacional de Información Municipal. Consultado el 20 de julio de 2020. Disponible en <http://www.snim.rami.gob.mx/>
- International Diabetes Federation (2019). Diabetes Atlas de la FID, Novena edición 2019. En *International Diabetes Federation*. Consultado el 10 de enero de 2021. Disponible en [https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302\\_133352\\_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf](https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf).
- IUSA (s. f.). *Historia*. Recuperado 30 de agosto de 2021, de [https://www.iusa.com.mx/nuestra\\_historia/](https://www.iusa.com.mx/nuestra_historia/).
- IUSA (s. f.). *IUSA en el mundo*. Recuperado 30 de agosto de 2021, de [https://www.iusa.com.mx/iusa\\_en\\_el\\_mundo/](https://www.iusa.com.mx/iusa_en_el_mundo/).
- IUSA y la Educación. (2012, noviembre/diciembre). *Conexión IUSA. Gente en movimiento*. <http://capitalhumano.iusa.com.mx/revista/r2.html>.
- Lifshitz, A. (2016). La continua intromisión de la subjetividad en las decisiones médicas. *GACETA MÉDICA DE MÉXICO*, 152, 437-438.
- López, J. (2006). La alimentación como elemento de integración comunitaria. En: Peña Saint Martin F. y Alonzo Padilla A. L. (Coordinadores), *Cambio social, antropología y salud*, (pp.139-147). Consejo Nacional de la Cultura y las Artes-Instituto Nacional de Antropología e Historia, Programa de Mejoramiento del Profesorado, México.

- López, M. (2021). Analizando “El Plato del Bien Comer”. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 4(1), 103-109. <https://doi.org/10.35454/rncm.v4n1.203>
- Loza, T. (2015). *Saberes y experiencia de la enfermedad en adultos con complicaciones crónicas por diabetes mellitus tipo 2 en la localidad de Coatetelco, municipio de Miacatlán, Morelos*. Tesis de maestría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Macbeth, H. (2011). Globalization, Alimentation and Human diversity. *Zainak* 34: 19-30.
- Maire B. et al (2002). Transition Nutritionnelle et maladies chroniques non transmissibles liées à l'alimentation dans les pays en développement. *Cahiers d'études et de recherches francophones*, 1(12):45-55.
- Mendes Diz, A. M., Domínguez Mon, A. y Schwarz, P. (2011). *Enfermedades crónicas. Entre la autonomía y el control*. <https://cdsa.academica.org/000-034/268>
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: R. Campos-Navarro, *La Antropología Médica en México* (pp. 97-113). Distrito Federal, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos* XVI, 37-67.
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social en México*, 14, 33-69. [https://doi.org/10.5209/rev\\_raso.2005.v14.10249](https://doi.org/10.5209/rev_raso.2005.v14.10249)
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Menéndez, E., Di Pardo R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y procesos de alcoholización*. CIESAS. México.
- Mercado, F.J. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Jalisco, México: Universidad de Guadalajara.
- Monroy, A. (2017). La interculturalidad en la salud como estrategia de intervención y atención para Trabajo Social: el caso de personas indígenas oncológicas. *Trabajo Social UNAM*, 8, 9-28. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6921697>
- Montesi L. (2017) La diabetes como metáfora de vulnerabilidad. El caso de los ikojts de Oaxaca. *Revista Pueblos y fronteras digital*. Vol. 12 (23): 46-76. Consultado 25 de mayo de 2020. Disponible en <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2017.23.287>.

- Moreno A.L. (2007). Percepción de riesgo en torno a la alimentación en personas con diabetes. En: *Antropología Física, salud y sociedad. Viejas tradiciones y nuevos retos*, León Parra B. y Peña Saint Martin F. (Coordinadoras), Consejo Nacional de la Cultura y las Artes-Instituto Nacional de Antropología e Historia, Programa de Mejoramiento del Profesorado, México: 165-172.
- Moreno Altamirano, L., García García, J., Soto Estrada, G., Capraro, S. y Limón-Cruz, D. (2014). Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Revista Médica Del Hospital General De México*, 77(3), 114-123. <https://doi.org/10.1016/j.hgmx.2014.07.002>
- Navajas Pertegás, N. (2021). «Deberías adelgazar, te lo digo porque te quiero»: reflexiones autoetnográficas sobre la gordura. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 21(1). <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2434>.
- O'Dea K et al (1980). Some studies on the relationship between urban living and diabetes in a group of Australian aborigines. *Medical Anthropology* 1: 1-15.
- Olivé, L. (2004). Prácticas sociales. En: *Interculturalismo y Justicia Social. Autonomía e identidad cultural en la era de la globalización* (pág. 76). Ciudad de México, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ortiz, L., Delgado, G., y Hernández, A. (2006). Cambios en factores relacionados con la transición alimentaria y nutricional en México. *Gaceta Médica de México*, 142 (3), 181 – 193.
- Ortiz, A., Vázquez, V., y Montes, M. (2005). La alimentación en México: enfoques y visión a futuro. *Estudios Sociales*, 25 (13), 8 – 34.
- Osorio, R. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. Ciudad de México, México: CIESAS, INAH, INI.
- Page Pliego, J.T. (2013). Refresco y diabetes entre los mayas de Tenejapa, San Cristóbal de Las Casas y Chamula, Chiapas, *Revista LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 11(1): 118-133.
- Page Pliego, J. T., Eroza Solana, E. y Acero Vidal, C. G. (2018). Entre dieta y «comida chatarra». En *Vivir sufriendo de azúcar: Representaciones sociales sobre la diabetes mellitus en tres localidades de los Altos de Chiapas* (primera edición en español, pp. 127-142). CIMSUR UNAM.
- Page Pliego J.T. (2019). Dulce Exterminio: refresco y cerveza como causa desencadenante y complicaciones de la diabetes en mayas de Chiapas, México. *Medicina Social*. 12(2): 876-95.
- Page Pliego, J. T. (2020). ¿Morir de amor? ¡No!, de diabetes mellitus: deterioro emocional y físico en tres casos en los Altos de Chiapas. *Desacatos: Revista de Ciencias Sociales*, 64, 86-101. <https://doi.org/10.29340/64.2335>

- Papoz L., Barny S., Simon D. (1996). Prevalence of diabetes mellitus in New Caledonia ethnic and urban-rural differences. *American Journal of Epidemiology*, 43(10): 1018-1024.
- Pedrero, V., Alonso, L. M. y Manzi, J. (2021). Diabetes Surrounding Stigma: Conceptual Issues, Mechanisms Involved and Challenges. *Salud Uninorte*, 37(1), 205-219. <https://doi.org/10.14482/sun.37.1.610.7>
- Pío, J. (2013). La ciencia de la nutrición y el control social en México en la primera mitad del siglo XX. *Relaciones*, 34 (133). <https://doi.org/10.24901/rehs.v34i133.477>
- Poulain J.P. et al (2015). Studying the consequences of modernization on ethnic food patterns: Development of the Malaysian Food Barometer (MFB). *Anthropology of food* [Online], Articles VARIA, Consultado el 25 de mayo de 2020. Disponible en URL: <http://journals.openedition.org/aof/7735>.
- Ramírez, A. (1997). *Jocotitlán: Monografía Municipal*. Estado de México, México: Instituto Mexiquense de Cultura.
- Ramón, D; Nava, L. (2018). Documento de Gestión No. 1. En: *Diagnóstico de Salud de la U.M.F. No. 246 Período: 2018 – 2019*.
- Reyes Ramos, M. y Meza Jiménez, M. D. L. (2021). Cambios en los estilos de vida durante el confinamiento por COVID-19. *CIENCIA ergo-sum*, 28(4). <https://doi.org/10.30878/ces.v28n4a4>
- Rodríguez M., Guerrero J. F. (1998). Estudio comparativo de diabetes tipo 2, habitantes de comunidades rurales y urbanas. *Revista Médica del IMSS*, 36(3) ,191-197.
- Rojas, R., Mendoza, L. R., y Laguna, I., (2020). Diagnóstico previo de diabetes. En: *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 – 19. Resultados nacionales*. Consultado el 10 de enero de 2021. Disponible en [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_informe\\_final.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf).
- Saes S.D., Laercio J. F., 2001. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cadernos de Saúde Pública*, 19. Sup. 1:29-36.
- Salas Valenzuela, M. (2020). Antropología de la alimentación infantil: apuntes entre el feminismo, la interdisciplina y la vida misma. En *Antropologías feministas en México: epistemologías, éticas, prácticas y miradas diversas* (pp. 373-400). UAM/UNAM/Bonilla Artigas Editores.
- Salas Valenzuela, M. (2022). Pinceladas entre antropología, alimentación, obesidad e interdisciplina: Conversación con Mabel Gracia Arnaiz. *INTER DISCIPLINA*, 10(26), 207-215.

- Santana, M., Rosales, E., Avendaño, A., Santana, G., y Pineda, Noel (2013). Salud y estilos de vida en la zona mazahua: San Felipe del Progreso, Atlacomulco y Jocotitlán, Estado de México. En: *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 9 (17), pp. 29 – 41.
- Secretaría de Salud (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Consultado el 24 de mayo de 2020. Disponible en <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4215/salud/salud.htm>.
- Soustelle, J. (1971). En la llanura. En: *México, tierra india* (pp. 24 – 41). Distrito Federal, México: Secretaria de Educación Pública.
- Tsabang et al (2016). Comparative study of epidemiological and anthropological aspects of diabetes and hypertension in Cameroon. *Journal of Forest Research*, 2016 Mar; 5(1): 165. Consultado el 25 de mayo de 2020. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5047516/>.
- Velázquez Galindo, Y. (2020). La comida de pobre. Relaciones de poder, memoria, emociones y cambio alimentario en una población del origen indígenas. *Contribuciones desde Coatepec*, 34. <https://www.redalyc.org/journal/281/28164959004/>
- Warde, A. (2016). Elementary Forms of Eating. En: *The Practice of Eating* (pp. 62-92). Cambridge, UK: Polity Press
- Zafra, E. (2015). Cuerpos, emociones y alimentación: Narrativas sobre la “incorporación” (embodiment) y “corporización” (somatización) de las emociones en los comportamientos alimentarios de adolescentes en Catalunya. *Tessituras: Revista de Antropología e Arqueología*, 3(2), 36 – 59.

## ANEXOS

### ANEXO 1. GUION DE ENTREVISTA

| Aplicación a                           | Tema general    | Elementos                   |
|--|-----------------|-----------------------------|
| Paciente, familiar y personal de salud | Datos generales | Edad                        |
|  |                 | Escolaridad                 |
|  |                 | Ocupación                   |
|  |                 | Religión                    |
|  | Diabetes        | Definición de la enfermedad |
|  |                 | Causa                       |

#### OBJETIVO 1. REPRESENTACIONES ACERCA DE ALIMENTACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA DIABETES

| Aplicación a                           | Tema general   | Elementos  |
|--|--|--|
| Paciente, familiar y personal de salud | Alimentación relacionada con:<br>El desarrollo de la diabetes<br>La prevención de la diabetes<br>La atención a la diabetes | ¿Cómo es?  |
|  |  | ¿Qué tipo de alimentos/bebidas incluye? (características y preparación)  |
|  |  | Formas de alimentación: tiempos de comida, espacios y compañía.  |
|  |  | Explicaciones sobre la relación de esta alimentación con la causalidad, la prevención y la atención de la diabetes                                   |
|  | Alimentación de la comunidad   | ¿Cómo es la alimentación general de la comunidad?  |
|  | Consumo de suplementos alimenticios, edulcorantes y alimentos industrializados   | Características de este tipo de productos  |
|  |  | Motivo de consumo  |
|  |  | Disponibilidad, acceso y costo   |
|  |  | Suplementos y edulcorantes: ¿Por qué son benéficos (o perjudiciales) en la atención a la diabetes?, ¿consume algún tipo de suplemento o edulcorante? |

#### OBJETIVO 2. PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN ENFOCADAS A LA ATENCIÓN A LA DIABETES

| Aplicación a | Tema general            | Elementos                         |
|--------------|-------------------------|-----------------------------------|
| Paciente y   | Proceso de alimentación | Compra de alimentos: ¿en dónde se |



|  |  |
|--|--|
| familiar   | compran los alimentos?, ¿por qué ahí?, ¿qué alimentos/bebidas se compran principalmente?, ¿quién decide que se compra/come?  |
|  | Preparación de alimentos/bebidas: ¿quién prepara los alimentos?, ¿a qué se dedica la persona que prepara los alimentos?, ¿cómo aprendió a cocinar (recetario, tutoriales, etc.)?, ¿cómo prepara los alimentos? (técnicas de preparación, como el uso de condimentos) |
|  | Producción de alimentos: ¿produce los alimentos que consume?, ¿qué alimentos?  |
|  | Recomendaciones, planes de alimentación o dietas e información recibida: ¿cuáles fueron estas recomendaciones, planes de alimentación e información que se recibió?, ¿de qué manera se recibió?  |
| Búsqueda de atención Institucional y/o biomédica Alternativa y/o tradicional Autoatención: redes sociales de apoyo (familiares, amigos o conocidos); medios de comunicación (televisión, radio, internet, libros o revistas); otros (cursos, talleres, etc.) | ‘Apego al tratamiento’: ¿por qué lo eligió?, ¿por qué siguió el tratamiento?, ¿por qué lo dejó?<br>Resultados: ¿Cómo se sintió?, ¿presentó mejorías?, ¿tuvo dificultades?  |

### OBJETIVO 3. PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN RECOMENDADAS POR EL PERSONAL DE SALUD

| Aplicación a      | Tema general  | Elementos  |
|-------------------|---|--|
| Personal de salud | Plan de intervención de alimentación en diabetes en la U.M.F.           | Características y lineamientos que establece (para las unidades en general)                                      |
|                   | Recomendaciones que el personal de salud le sugiere a las/los pacientes | ¿Cuáles son estas recomendaciones?<br>¿Cómo adquirió ese conocimiento?, ¿dónde lo aprendió?, ¿fue a algún curso? |
|                   | Herramientas y técnicas de  | Talleres o cursos acerca de alimentación   |

|          |   |  |
|----------|---|--|
|          | enseñanza de alimentación en diabetes   | y uso de material didáctico (folletos, hoja de recomendaciones, etc.), ¿qué está usando?   |
|          | Experiencia del personal de salud respecto a la alimentación de las/los pacientes | Descripción de la alimentación de pacientes: dificultades para llevar a cabo cierto tipo de alimentación (¿quién presenta mayores complicaciones para seguir una dieta?), apoyo familiar, alimentación de la comunidad, recursos y obstáculos de la comunidad para llevar una alimentación saludable |
| Paciente | Recomendaciones de alimentación por parte del personal de salud                   | ¿Recibió recomendaciones?, ¿cuáles?  |
|          | Herramientas y técnicas de enseñanza de alimentación en diabetes                  | ¿Recibió algún curso o material acerca de la alimentación en diabetes?, ¿cuál?   |

#### OBJETIVO 4. EXPERIENCIA DE ALIMENTACIÓN

| <b>Aplicación a</b> | <b>Tema general</b>                 | <b>Elementos</b>   |
|---------------------|-------------------------------------|--|
| Paciente y familiar | Alimentación antes de la diabetes   | ¿Cómo era la alimentación?: tiempos de comida (desayuno, comida, cena, colaciones y otros), ¿qué comía?, ¿cómo comía?, ¿con quién comía?, ¿en dónde?<br>Alimentación en el trabajo, fiestas o eventos importantes<br>Alimentación fuera de casa<br>Preferencias, gustos y desagradados   |
|                     | Alimentación después de la diabetes | ¿Hubo cambios en la alimentación?<br>¿Por qué no?<br>¿Qué cambios hubo?, ¿cuáles fueron las causas o motivos de éstos?, ¿cómo enfrentó el cambio?<br>¿Dejó de consumir algún alimento/platillo/bebida después del diagnóstico?, ¿cuál?, ¿por qué?<br>¿Qué es lo que más extraña de la alimentación antes de la diabetes?<br>¿Cómo es la alimentación actual (cotidiana)? |

|          |   |
|----------|---|
|          | tiempos de comida (desayuno, comida, cena, colaciones y otros), ¿qué come?, ¿cómo come?, ¿con quién come?, ¿en dónde? |
|          | Alimentación cotidiana vs alimentación impuesta   |
|          | Prácticas alimentarias antes de los estudios de laboratorio   |
|          | ¿Qué le ha funcionado para disminuir el azúcar?   |
|          | Dificultades en torno a la alimentación   |
|          | Preferencias, gustos y desagradados   |
|          | Cambios en la forma de alimentación de la familia   |
|          | Alimentación en el trabajo, fiestas o eventos importantes   |
|          | Comida de entre semana/fin de semana (recordatorio de 24 horas)   |
|          | Dificultades al comer fuera de casa   |
| Pandemia | Cambios en la alimentación derivados de la pandemia y causa   |
|          | Compra de comida preparada: frecuencia y tipo de comidas  |

También se aplicará un *Recordatorio de 24 horas*, que es una herramienta utilizada para conocer el consumo de alimentos de todo un día.

## OBJETIVO 5. PROPUESTA DE ALIMENTACIÓN

| <b>Aplicación a</b> | <b>Tema general</b>  | <b>Elementos</b>  |
|---------------------|--|---|
| Paciente y familiar | Intereses personales respecto a la alimentación en diabetes  |   |
|                     | Posibilidades y recursos para hacer modificaciones en la alimentación  |   |
|                     | Factores que deben ser considerados para mejorar la atención   | Económicos, redes sociales de apoyo, etc.   |
| Personal de salud   | Posibilidades y recursos de la U.M.F. para brindar atención en el tema alimentario a pacientes con diagnóstico de diabetes | Conocimientos de los intereses en el tema alimentario de los pacientes y sus familiares |
|                     |  | Disponibilidad del personal de salud  |

## ANEXO 2. GUIÓN DE OBSERVACIÓN

Lugar de observación: Centro de la cabecera municipal de Jocotitlán, Estado de México.

| <b>Categoría general</b>                              | <b>Lugares</b>                        |
|---|---------------------------------------|
| Recursos del municipio para la atención a la diabetes | Farmacias                             |
|   | Tiendas de productos naturistas, etc. |
| Oferta y disponibilidad de alimentos                  | Tiendas de abarrotes, etc.            |
|   | Establecimientos de comida, etc.      |

Fotografías

| <b>Categoría general</b> | <b>Lugares</b>                      |
|--------------------------|-------------------------------------|
| Proceso de alimentación  | Preparación y consumo de alimentos  |
|                          | Alimentación cotidiana              |
|                          | Alimentación en eventos importantes |
|                          | Costumbres de alimentación          |

### ANEXO 3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Jocotitlán, Estado de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

Ha sido invitada (o) a participar en la investigación *Saberes y experiencias de alimentación en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en el municipio de Jocotitlán, Estado de México*. Esta investigación tiene como responsable a la Dra. Elia Nora Arganis Juárez y será llevada a cabo por la estudiante de la maestría Marie Anhel Guadalupe Ramón Villegas. El estudio tiene como objetivo *describir y analizar los saberes y experiencias sobre la alimentación en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, sus familiares y el personal de salud quien los atiende en una U.M.F. del municipio de Jocotitlán, Estado de México*. La investigación se realizará del 15 de febrero del 2021 al 11 de junio del 2021, de acuerdo a las normativas que establezcan las autoridades sanitarias ante la epidemia de COVID-19.

Es importante señalar que su participación es voluntaria, así que en cualquier momento puede retirarse de la investigación, sin temor a alguna repercusión. Su participación es totalmente confidencial y con fines de investigación, así como su identidad será protegida mediante uso de códigos y seudónimos en el manejo, análisis e interpretación de los datos.

Usted puede recibir los resultados del presente estudio solicitándolos a la estudiante, así como también tiene derecho a aclarar cualquier duda antes de iniciar la investigación y durante el desarrollo de la misma. En caso que desee retirarse de la investigación, puede solicitar la destrucción de la carta de consentimiento, así como sus datos e información registrada.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con:

Dra. Elia Nora Arganis Juárez

Número telefónico: 552 301 07 00

Correo electrónico: enarganis@yahoo.com.mx

Marie Anhel Guadalupe Ramón Villegas

Número telefónico: 712 133 66 61

Correo electrónico: mariieanhel@gmail.com

Nombre y Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Testigo: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma de la investigadora: \_\_\_\_\_

#### ANEXO 4. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Jocotitlán, Estado de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

Nombre del proyecto *Saberes y experiencias de alimentación en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en el municipio de Jocotitlán, Estado de México*. Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este protocolo de investigación por las siguientes razones: (Este apartado es opcional y puede dejarse en blanco)

---

---

---

---

Si lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre Usted con motivo de su participación en el presente estudio, comunicándose con las responsables:

Dra. Elia Nora Arganis Juárez

Número telefónico: 552 301 07 00

Correo electrónico: enarganis@yahoo.com.mx

Marie Anhel Guadalupe Ramón Villegas

Número telefónico: 712 133 66 61

Correo electrónico: mariieanhel@gmail.com

Nombre y Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Testigo: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma de la investigadora: \_\_\_\_\_

c.c.p. El participante.

## ANEXO 5. DICTAMEN DEL PROYECTO ANTE COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN



COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

OFICIO NO. FMED/CEI/RMWC/025/2020

ASUNTO: Dictamen Proyecto FM/DI/033/2020

**Dra. Elia Nora Arganis Juárez**  
Profesor Titular "A" T.C.  
Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina  
P r e s e n t e.

Estimada doctora Arganis Juárez:

Me complace informarle que su proyecto **FM/DI/033/2020** de título **“Saberes y experiencias de alimentación en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en el municipio de Jocotitlán, Estado de México”** en su versión del **02 de junio de 2020**, ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética de la Investigación, en sesión ordinaria de fecha **09 de junio de 2020** realizada de forma virtual, teniendo en consideración el dictamen aprobatorio de la Comisión de Investigación, otorgando una vigencia de **3 años** a partir de la fecha de la sesión.

Deberá ejecutar el proyecto de acuerdo con lo especificado en la versión aprobada y deberá notificar cualquier modificación o enmienda al mismo y esperar la autorización correspondiente. Por otro lado, es necesario que entregue un informe anual de avance del proyecto en la División de Investigación de esta Facultad, tomando en cuenta la fecha de elaboración del dictamen, incluyendo una copia del o los artículos y/o copia de la carátula y resumen de las tesis que pudieran generarse relacionadas al mismo.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**  
**“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”**  
Ciudad Universitaria, Cd. Mx., a 10 de junio de 2020.

LA SECRETARIA TÉCNICA

DRA. ROSA MARÍA WONG CHEW

\*RMWC/ETF.

