



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE POSGRADO EN CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**CAMBIOS ALIMENTICIOS E IMPLICACIONES EN EL PROCESO
SALUD/ENFERMEDAD EN PERSONAS MAYORES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2. UNA APROXIMACION DESDE EL ENFOQUE DE CURSO DE VIDA**

PRESENTA

MIGUEL ANGEL AMBRIZ MUÑOZ

TUTORA

DRA. VERÓNICA MONTES DE OCA
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES, UNAM

CIUDAD UNIVERSITARIA, ENERO 2021



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.

ÍNDICE

	INTRODUCCIÓN	4
I	DIABETES MELLITUS EN PERSONAS MAYORES. APROXIMACIÓN SOCIOLÓGICA DE LA SALUD	12
	1.1 La diabetes y el cambio epidemiológico de la salud en México.	12
	1.2 Políticas alimentarias en México	14
	1.3 Diabetes en México	23
	1.4 Datos epidemiológicos de diabetes en México en personas mayores.	29
	1.5 Conclusiones	43
II	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, DESIGUALDADES ACUMULADAS Y CURSO DE VIDA.	48
	2.1 Determinantes sociales de la salud y desigualdades acumuladas	49
	2.2 Curso de vida. Ejes analíticos y principios.	56
	2.3 Curso de vida y trayectorias de elección alimentaria.	61
	2.4 Propuesta metodológica	65
III	TRAYECTORIAS Y CAMBIOS ALIMENTICIOS DE PERSONAS MAYORES CON DMT2.	80
	3.1 Anacleto: " <i>...nosotros vivíamos pobres y comíamos como pobres</i> ".	81
	3.2 Refugio: " <i>prefiero morir lleno que vacío</i> ".	91
	3.3 Hugo: " <i>Es tonto dejar de comer, na' más hay que bajarle</i> "	99
	3.4 Juventino: " <i>...lo comido y la bailado, ya nadie te lo quita</i> "	110
	3.5 Lino: " <i>¡Lo que aprendí a comer toda la vida...!</i> "	120
	3.6 Mariana: " <i>Solo con medida; con respeto al cuerpo</i> "	127
	3.7 Socorro: " <i>...más vale hacerla mi amiga, que hacerla mi enemiga</i> "	136
	3.8 Tomasa: " <i>...uno no es de hule. Me dio la diabetes</i> "	145

3.9 Hilda: " <i>No quería ser como las mujeres de mi familia. Tuve que cambiar mis hábitos</i> "	153
3.10 Celia: " <i>Prefiero dejar de comer eso, a tener que estar aguantando los regaños del doctor</i> "	160
3.11 Conclusiones	169
IV CAMBIOS ALIMENTICIOS A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA DE PERSONAS MAYORES CON DMT2.	170
4.1 Alimentación, trabajo y labores en el hogar.	172
4.2 Trayectorias alimenticias en hombres adultos mayores con DMT2	173
4.3 Trayectorias alimenticias en mujeres adultas mayores con DMT2	178
4.4 Alimentación en el proceso salud/enfermedad	185
4.5 A manera de conclusión	
CONCLUSIONES	196
BIBLIOGRAFÍA	200

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, está ubicado en medio de un evento histórico único: la crisis sanitaria y pandémica que ha provocado el nuevo coronavirus SARS-COV2 que produce la enfermedad COVID-19. Este virus afecta, principalmente, a personas con un sistema inmunológico deteriorado a razón de desarrollar enfermedades metabólicas como diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), obesidad e hipertensión. Una de las conclusiones de la intervención gubernamental ante este fenómeno es que el perfil epidemiológico de la población mexicana ha desarrollado enfermedades crónico-degenerativas, producto de un cambio en la política agroalimentaria que data de la década de los 80, además del consumo de comida rápida y ultra procesada en áreas urbanas mexicanas.

La presente investigación adquiere relevancia desde las ciencias sociales, pues la capacidad de abordar temas relacionados con la salud complejiza y enriquece la información compartida desde la Secretaria de Salud que ha rescatado el conocimiento alrededor de los *Determinantes Sociales de la Salud*, pero que, se ha hecho desde un punto individualmente medicalizado. Es decir, desde los tomadores de decisiones, reproducen un discurso donde la alimentación y los productos que ofrece el mercado alimenticio son opciones desarticuladas de los sujetos, por lo que es responsabilidad del consumidor su elección y, por lo tanto, su estado de salud nutricional. Sin embargo, ¿cómo las personas construyen trayectorias alimenticias con distintos efectos en la salud a lo largo del curso de vida?

Es tarea de esta investigación responder a este cuestionamiento, puesto que las muertes por complicaciones de la enfermedad COVID-19, son efecto de un modelamiento de trayectorias de elección alimenticia a lo largo del curso de vida. Por ello, explicar que existen fuerzas sociales en el condicionamiento de elecciones, puede profundizar en las consecuencias de trayectorias particulares de alimentación y la impronta manifiesta en la salud de una población.

En otras palabras, el contexto histórico, condiciones de trabajo, pobreza, violencia de género, migración, etc., son fuerzas sociales y eventos que guían las trayectorias alimenticias a través del curso de vida. En suma, las fuerzas sociales delinean las trayectorias de salud/enfermedad

de personas con más de 60 años que hoy reportan DMT2 y que, como principal causa relacionada al desarrollo de esta enfermedad, se reporta: *malas prácticas alimenticias*.

Numerosos son los estudios desde la ciencia de la salud pública que abordan, desde una mirada longitudinal, el comportamiento y curso de enfermedades crónico-degenerativas, así como el impacto en las familias, redes de apoyo y más, como los que ha realizado Robles (1998). Existen otros tantos, principalmente, que han observado el comportamiento estático de las enfermedades en la población mexicana en un punto determinado del tiempo, es decir, parten de análisis transversales asociativos que observan el estado de la epidemia (Ávila, *et. al.* 2013; Ávila, *et. al.*, 2007; Hernández, *et. al.*, 2011; Castellanos & Cerda, 2001; Mehta & Agilar, 2010; Rojas, *et. al.* 2018; Saldaña, *et. al.* 2007). Debido a la abundante evidencia científica que existe para las áreas médicas, la introducción del conocimiento social enriquece la lectura de información y permite la apertura de nuevos horizontes interpretativo-comprensivos, para explicar —además del comportamiento de prevalencias— por qué la DMT2 tiene cursos de desarrollo distintos según las trayectorias vitales de las personas (Robles, 1998). Por ello, se requiere comprender, retrospectivamente, el desarrollo simultáneo entre enfermedades crónicas e infecciosas, que registren perspectivas político-sociales y su efecto en distintos sectores sociales y grupos.

En México, después de las enfermedades del sistema circulatorio, la segunda causa de muertes es por DMT2. Según los datos captados por el INEGI en la encuesta intercensal (2015), 122,234 personas fallecieron a causa de *enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas*, de las cuales 105,572 están relacionadas con la diabetes. Si se hace una distinción por sexo, los casos reportados son los siguientes: 41,918 para hombres (46%) y 48,091 mujeres (54%). Por otro lado, las muertes en personas mayores (60+) que son consecuencia de esta enfermedad cubren el 73.6% de los casos registrados. Es notable que existen efectos diferenciados por sexo y grupo de edad, pero ¿qué puede explicar esta diferencia?

Hablar de determinantes sociales de la salud, visualiza horizontes explicativos diversos, por ejemplo, las dinámicas y efectos diferenciados en la salud. Un artículo publicado por Ruiz y Ham (2007), titulado *Factores sociales y de salud infantil asociados a la vejez*, aborda las probabilidades de contraer alguna enfermedad con relación a los indicadores

socioeconómicos durante la infancia de las personas mayores entrevistadas para la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (2001, 2003). Sus resultados demostraron diferencias estadísticamente significativas para cada enfermedad autorreportada (hipertensión, diabetes, cáncer, etc.). Sin embargo, dentro de sus conclusiones, invitan a contemplar otros factores a lo largo del curso de vida de las personas mayores con alguna enfermedad. En el mismo eje, Salgado y Wong (2007), encontraron una importante diferenciación significativa entre género y pobreza como determinantes sociales de la salud en personas mayores encuestadas en la ENASEM (2001), tras incluir al análisis condiciones materiales de vida, estado civil y cohabitación. Sobre el mismo andamiaje, Castrejón (2014), reportó que existe una diferenciación significativa por edad y sexo para cada enfermedad reportada en la ENASEM del 2001, destacando que la etnicidad es una probable causa de variabilidad para registrar el acontecimiento de tener problemas relacionados con la hipertensión o diabetes. Por último, Hebrero (2014) encontró una asociación positiva entre las trayectorias laborales y de migración como factores determinantes en la evaluación de la calidad de vida de personas mayores captadas en la ENASEM 2001 y 2003.

La importancia de reconocer que existen determinantes sociales en la salud (DSS) como producto de las desigualdades a lo largo del curso de vida de las personas, invita a repensar que la salud en la vejez no es fenómeno estático, ni puramente subjetivo, sino socialmente acumulativo. Por ello la tarea de esta tesis será conocer la relación entre trayectorias laborales, trayectorias de labores en el hogar y cuidados, educativas y migración como caminos de acumulación de desventajas —o ventajas, según sea el caso— en la vida de las personas y el impacto en el proceso de salud/enfermedad.

Los DSS se comprenden como aquellas condiciones sociales, económicas o ambientales que generan riesgos a lo largo de la vida de una persona dependiendo de la exposición y duración de una situación de adversidad. Michael Marmot fue quien explicó esta propuesta conceptual en una primera oportunidad. El esquema general de los DSS está dividido en dos segmentos: a) *determinantes socio-estructurales* y b) *determinantes intermedios*. Por parte de los determinantes estructurales, entiéndase históricos, se encuentran aquellos vinculados con los valores socio-culturales y políticas públicas, sociales o económicas; los determinantes intermedios serán aquellos vinculados con factores materiales de vida (trabajo, comida,

habilidades), factores de condiciones biológicas y factores psicosociales (Solar & Irwin, 2010).

Los estudios de Michael Marmot (1997, 2001, 2005) con relación a estos determinantes intermedios (socioeconómicos) y desarrollo temporal, han encontrado que el *estatus social* o *status síndrome*, impacta sobre la prevalencia de enfermedades, aparición temprana de síntomas y acumulación de estos factores a lo largo de la vida, de esta manera se encuentran relaciones directas y explicativas entre las condiciones materiales de vida y la probabilidad de tener cierto nivel de calidad de vida en la salud (Marmot,2005).

Al reconocer que los determinantes socioeconómicos no son homogéneos, al igual que las consecuencias sobre la salud, nos introducen a ver que existen ventajas y desventajas socialmente acumuladas a lo largo del tiempo individual (Ferraro *et al.*, 2009). Sin embargo, existen las consideraciones acuñadas por Ferraro y colegas para comprender esta postura: 1) los sistemas sociales generan desigualdades que se manifiestan a lo largo del curso de vida de las personas; 2) las desventajas sociales pueden aumentar la exposición al riesgo, así como las ventajas, la exposición a oportunidades; 3) las trayectorias de vida están formadas por el riesgo acumulado, recursos disponibles y agencia de los individuos y; 4) Las percepciones sobre las trayectorias, pueden modificar las trayectorias de quien observa. Al respecto, Solar & Irwin (2010) en *Un marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud*, apunta que:

“La perspectiva del curso de vida reconoce explícitamente la importancia del tiempo para comprender los vínculos causales entre las exposiciones y los resultados dentro de un curso de vida individual, a través de generaciones y en las tendencias de enfermedades a nivel poblacional. Adoptar una perspectiva de curso de vida dirige la atención a cómo los determinantes sociales de la salud operan en cada nivel de desarrollo -primera infancia, infancia, adolescencia y edad adulta- tanto para influir inmediatamente en la salud como para proporcionar la base para la salud o enfermedad más adelante en la vida.” (p.42)

Partiendo de lo anterior, los efectos en la salud asociados con diabetes también son traspasados por variables sociales que conducen a variaciones sobresalientes en las conclusiones de la ciencia de salud pública y *medicalizada*; entre estos resultados, destacan

los *hábitos alimenticios* como una de las principales causas “sociales” de desarrollo de esta enfermedad. Entonces, cabe preguntarse: *¿Cuáles son los factores o dimensiones sociales que determinaron las trayectorias alimenticias de las personas mayores con DMT2? y ¿Por qué existen cambios alimenticios con efectos en el proceso salud/enfermedad a lo largo del curso de vida?*

Lo que pretende esta tesis es describir y comprender cuáles son las fuerzas sociales que determinaron las trayectorias alimenticias de las personas mayores con DMT2, así como cuestionar el concepto de *hábitos alimenticios*, señalado en la literatura de la ciencia de salud pública, como causa explicativa del desarrollo de esta enfermedad.

Objetivos particulares

- Reconstruir trayectorias vitales que permitan la observación de narraciones sobre hábitos alimenticios.
- Ubicar los momentos de cambios alimenticios a lo largo de la vida de las personas;
- Comprender por qué las personas mayores con DMT2 cambiaron sus elecciones alimenticias en su curso de vida.

A manera de hipótesis de trabajo encontramos que la acumulación de desigualdades y desventajas en la alimentación en el curso de vida determinará la configuración de trayectorias alimenticias en la vida posterior y los efectos en la salud de las personas mayores con DMT2.

Este trabajo se compone de 4 capítulos y una conclusión. En el primer capítulo, abordo el contexto histórico de políticas alimenticias en el país, particularmente las que fueron implementadas en áreas urbanas, con el fin de conocer el entorno político y social, en términos de distribución de programas en favor de la reducción de desigualdades alimentarias. Así, conocer la evidencia social y epidemiológica producida, que sitúa a los “*hábitos alimenticios*” como el principal determinante social de la salud en la evolución y prevalencia de enfermedades metabólicas en México, en particular al hablar de DMT2. Tras observar el comportamiento epidemiológico de personas mayores con DMT2, a través del trabajo descriptivo de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), es visible la necesidad de información retrospectiva que permita el análisis de trayectorias alimenticias,

con el fin de corroborar la influencia de fuerzas sociales que moldeen las elecciones alimenticias a lo largo de la vida y su impacto en la salud.

En el segundo capítulo se desarrollan los conceptos teóricos que, los componentes de la perspectiva interdisciplinar del curso de vida permiten para la comprensión de fenómenos sociales y de la salud, así como el anclaje conceptual con los DSS y la propuesta de desigualdades acumuladas. El propósito de este apartado es mostrar conceptualmente, el enriquecimiento que proporciona la teoría del Curso de Vida, para la explicación de temas poco explorados —como es la configuración de trayectorias de elección alimentaria y el impacto en el proceso salud enfermedad, pues gran parte de los estudios de salud pública nacionales, se han realizado a partir de información transversal. Por ello, este apartado incluye una propuesta metodología integrativa que recupere información cualitativa y retrospectiva, a través de la aplicación de entrevistas en profundidad que destaquen la capacidad de *agencia* en los sujetos en torno a la construcción y reproducción de elecciones alimentarias a lo largo del tiempo.

En el tercer capítulo muestro las narrativas contenidas en las trayectorias vitales de una muestra intencional de diez participantes mayores de 60 años diagnosticados con DMT2. Las narraciones de las personas mayores entrevistadas revelan la influencia del contexto en el que se gestaron, así como las condiciones de vida de la familia de origen. Por otro lado, resalto que en las primeras etapas de vida inicia un proceso de desventaja que se acumula hasta la vejez, lo que influyó en la toma de decisiones de la vida posterior, en relación con los alimentos consumidos y, por lo tanto, en el estado de salud. Sin embargo, la agencia de consumo, durante la vida adulta, fueron construidas a partir de condiciones de trabajo informal, autoempleo y labores del hogar. Por ello a lo largo de las narraciones, las y los lectores explorarán la vida y cambios en las elecciones de alimentación de las personas mayores participantes.

Así, en el último capítulo, presento el análisis de las trayectorias alimentarias a través del curso de vida. Muestro la influencia de dos momentos de cambio en la formación de trayectorias de elecciones alimenticias: por un lado, se encuentran la experimentación de un evento migratorio (campo-ciudad) a la par del inicio de trayectorias laborales y; un segundo momento, es el diagnóstico para DMT2. Cabe destacar que las trayectorias educativas y el

desarrollo de una vida conyugal, tuvieron un impacto sustancial en la construcción de elecciones alimenticias y dinámicas al interior del hogar. De esta manera, propongo un análisis en donde las *agencias alimentarias negativas* pueden ser explicadas como un fenómeno de consecuencias no previstas con efectos en el proceso salud enfermedad.

Finalmente, se concluye con una sección de reflexiones finales en donde el proyecto sugiere vetas para orientar próximos intereses al acercamiento de trayectorias de elección alimentaria. Asimismo, resaltan las limitaciones y problemáticas presentadas en la aproximación al objeto de estudio, como también el repaso de los principales hallazgos relacionados en el análisis de relatos de vida desde la mirada que ofrece el Curso de Vida para la comprensión de vejez y envejecimientos.

CAPITULO I

Diabetes mellitus en personas mayores. Aproximación sociológica de la salud

Las enfermedades crónicas en México han sido tema medular en campos del conocimiento de la salud pública, políticas públicas en materia de salud, estudios demográficos relacionados con mortalidad y morbilidad, entre otros. El tema de la salud se observa desde varios campos disciplinarios debido a su complejidad, y, por lo tanto, desde múltiples escenarios de análisis. El propósito de este capítulo es plantear un escenario del comportamiento de la diabetes en personas mayores y sus asociaciones a lo largo de diversos estudios mexicanos y latinoamericanos relacionados con esta enfermedad crónica vista como un problema que trastoca los límites del conocimiento disciplinar. En esta sección se pone atención al escenario descriptivo del comportamiento de la prevalencia de dicha enfermedad a nivel nacional a través de un análisis descriptivo de la información reportada en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en las aplicaciones de los años 2000, 2006, 2012 y 2016, con el propósito de observar los cambios significativos por entidad federativa, cohortes de nacimiento y factores asociados con el diagnóstico positivo para diabetes. Más es primordial enmarcar el contexto histórico-político de las generaciones de personas mayores que hoy reportan DMT2, por lo que esta sección abundará en la mención de programas y políticas alimentarias implementadas para solventar una soberanía alimentaria que, con el pasar de los años, se vería debilitada tras la desarticulación del Sistema Alimentario Mexicano, iniciando así, un efecto de bola de nieve que impactaría hasta en el desarrollo de enfermedades metabólicas de la población mexicana.

1.1 Cambio epidemiológico de la salud en México.

Un punto crucial para comprender la relación entre envejecimiento y las enfermedades crónicas, está en reconocer que existe un cambio consecuente entre transición demográfica y transición epidemiológica (Wong; 2001). La primera hace referencia a un fenómeno poblacional a causa del descenso de la fecundidad y descenso de la mortalidad; la segunda, por el descenso de la prevalencia de enfermedades infecciosas en grupos poblacionales de personas jóvenes, transitando al aumento de casos reportados en personas adultas con enfermedades crónicas, las cuales se han convertido en las principales causas de muerte.

(Wong, 2001; Castro, Gómez *et al.*; 1996; Torres-López, Sandoval-Díaz, *et al.*, 2005; Alemán, Bruno, *et al.*, 2012; Menéndez, *et al.*, 2005).

Aunque los problemas por enfermedades infecciosas son atendidos con rapidez debido al peligro que conlleva su expansión, el desarrollo de las enfermedades crónicas es lento pero constante, porque existen factores de riesgo a los que está expuesta una población en tanto que aumenta la edad, además de no tener inmunidad para ningún sector poblacional (Castro, Gómez, *et al.*; 1996). Estas características de las enfermedades crónicas degenerativas y su relación con la transición demográfica, enciende las alertas de atención en el sector salud para atender a pacientes y sus necesidades de rehabilitación o control. (Castro, *et al.*, 1996; Menéndez, *et al.*, 2005).

Señala Wong (2001, 2013), que México se encuentra en medio de estas dos transiciones (régimen mixto), apuntando que la prevalencia de enfermedades infecciosas son residuo del régimen epidemiológico pasado, donde las personas mayores son sobrevivientes. Por lo que el estudio de la salud de este sector poblacional resulta relevante para dar cuenta de la consecuencia de una etapa transitoria y acelerada que vive el país, así como por dinamismo epidemiológico entre generaciones y ambientes sociohistóricos. Se consideraría entonces, que existen determinantes sociales de la salud en la prevalencia o prevención de enfermedades crónicas, pues existen consideraciones ligadas a elementos económicos y sociales que condicionan, como fuerzas sociales, el acceso a atención de la salud y consumo de bienes y servicios, educación, estado civil, edad, sexo, composición familiar, historia laboral, condición de migración, condición de urbanidad, entre otros (Wong, 2001). Hago especial énfasis en que las principales causas de muerte por enfermedad en personas mayores en México, así como su relación con características dinámicas sociales y culturales, son las enfermedades del corazón, metabólicas y de nutrición y tumores malignos (INEGI, 2016), por lo que apuntan a preguntar sobre cuáles son estos factores que pueden o no determinar el desarrollo de una enfermedad crónico degenerativa como la diabetes.

En un estudio de Wong y colegas (2013), observaron que los casos que presentaban enfermedades infecciosas, a la par de desarrollar enfermedades crónicas, son los más en comparación con quienes solo reportaron sintomatología degenerativa. Esto nos habla de la presencia de un régimen epidemiológico mixto, que no ha alcanzado una fase transitoria. En

este análisis utilizaron información de la ENASEM (Estudio Nacional Sobre Salud y Envejecimiento en México) y calcularon riesgos proporcionales (modelo de Cox) de muerte en adultos mayores que reportaron tener ambos tipos de enfermedades. Para el caso de la Diabetes, se registraron hasta un 25.8% (sobre la muestra) de decesos en adultos mayores entre 60 y 70 años, así como un 38% (sobre la muestra) de muertes en el mismo rango de edad. Así, en el análisis, los autores destacan que las personas mayores que han reportado diabetes diagnosticada tienen más riesgo de morir en un 2.54 con relación a quienes no tienen ninguna enfermedad. Sin embargo, los resultados son inversamente proporcionales para personas que tienen estudios superiores y que habitan en localidades urbanas, es decir, tienen menos propensión al riesgo de morir. En la combinación de enfermedades infecciosas y degenerativas, los riesgos se elevan hasta casi cuatro veces (3.9) sobre los que no han reportado enfermedades (0.26).

Aunque existen debates sobre si existe una transición epidemiológica o no, lo cierto es que el análisis propuesto por Wong y colegas (2013), muestra la existencia de un régimen mixto epidemiológico. La diabetes (en particular tipo 2) como enfermedad crónica degenerativa tiene causalidad en los “hábitos alimenticios” y prácticas de consumo. No obstante, será tarea de este apartado cuestionar la evidencia presentada, a partir de incluir a la discusión elementos sociológicos e históricos como el contexto que ha marcado a generaciones que hoy reportan DMT2.

1.2 Políticas alimentarias en México

Este subapartado tiene por objetivo observar el entorno histórico y político en la formación de hábitos alimenticios, pero, sobre todo, mostrar la relación histórica como fuerza constrictora que determina, parcialmente, las posibilidades de elección de alimentos en México. Al hablar de adultos mayores con diabetes, se hace referencia a la historia que encarnaron y plasmaron una impronta en las trayectorias de salud y alimentación. Como se mencionó, el aumento de casos reportados para diabetes fue acelerado a partir de la década de los 80's. Las dinámicas políticas y económicas abrieron un abanico de opciones alimenticias a los consumidores en la ciudad, sin contemplar la gravedad de los efectos en la salud.

La implementación de aperturas comerciales, libre mercado, acuerdos entre las naciones del norte del continente americano, desencadenó efectos de largo alcance no previstos por el consumo alimenticio de la población: desde el pequeño productor, hasta el consumidor, pasando por el acelerado crecimiento de la industria agroalimentaria. Ortega; León; et al., (2010) elaboran un análisis de políticas neoliberales y sus implicaciones dentro del sector agrícola mexicano. La seguridad alimentaria es un tema coyuntural que abunda a la discusión que avista el curso de enfermedades cardiovasculares, puesto que obligan la introducción de fuerzas sociales al estado epidemiológico de la DMT2 en el país, como consecuencia de políticas alimentarias, inseguridad alimentaria, déficit en la balanza de pagos y sus agresivas consecuencias para el campo mexicano. En este estudio, se pone de manifiesto que, a consecuencia de las políticas implementadas en la entrada del neoliberalismo en México, supuso un aumento en la importación de alimentos básicos, disminución en la superficie cosechada y, en general, del producto agrícola nacional, derivando en dependencia alimentaria.

Al hablar de políticas neoliberales, los autores se refieren a aquellas en las que el gasto público es reducido, así como la paulatina privatización de sectores clave; también, hablan sobre el congelamiento del salario real, libre cambio y privilegiar el pago de la deuda externa. Así, una de las consecuencias de la aplicación de estas medidas económicas, es la reducción de consumo de bienes, provocando el subconsumo como dinámica económica. En suma, las políticas neoliberales implementadas en México, redujo el consumo, agudizó la concentración del ingreso, a la par de la reducción de inversión pública.

Es en el año de 1982, inicia la implementación de medidas políticas y económicas neoliberales que fomentan el libre comercio, la flexibilización laboral, entre otras. Desde entonces, la tasa promedio de crecimiento del PIB nacional es del 2.5% aproximadamente (Ortega; León; *et al.*, 2010). El desarrollo económico del país entró en un proceso de aletargamiento. Con ello, el sector agrícola, entró en crisis.

Para Blanca Rubio (2013), “crisis” es un concepto que ha sido superado, supone una ruptura entre un régimen productivo y otro, además de ser un punto transitorio o coyuntural. Sin embargo, no implica que los efectos sean los mismos tras la superación, porque el campo mexicano está en una fase “agroexportadora neoliberal excluyente” (Rubio, 2001), donde

más que una crisis, es una nueva etapa del capitalismo. Esta nueva fase del sector agrícola es develada por el surgimiento de las biotecnologías, como formas excluyentes de dominio productivo (Ortega; León; *et al.*, 2010). No obstante, si continuamos por la tangente de una crisis existente, las consecuencias se extienden en dirección a una crisis alimentaria.

La estrecha relación entre industria y agricultura deviene en dos vínculos (Ortega; León; *et al.*, 2010): primero, el aporte de alimentos en el ajuste de salario, divisas y fuerza de trabajo; segundo, el dominio de las industrias que utilizan materias primas para la transformación. Debido a la profundización del dominio de la industria en diversos sectores, la concentración de desigualdades acentúa la vinculación entre la gran industria y el sector agrícola, donde el capital financiero domina al productivo; se privilegian las exportaciones de materia prima; existe un alto grado de concentración de capital gestando monopolios; bajos salarios y bajos costos de materia prima.

Desde los años sesenta la agricultura en el país no ha tenido grandes cambios que den evidencia sobre una superación de crisis productiva, pues todo indica un pobre desarrollo:

El desempeño de la agricultura mexicana desde mediados de los sesenta no había sido demasiado favorable: de 1966 a 1976 el crecimiento agrícola fue tan sólo de 0.8%; entre 1977 y 1981 la agricultura tuvo un ligero repunte al alcanzar una tasa de crecimiento del 5.9% anual; sin embargo esta recuperación duraría poco, puesto que para el período comprendido entre 1981 y 1987 la tasa anual de crecimiento sería de 0.7%; otras estimaciones afirman que entre 1985 y 1989 se registró un decrecimiento del -2.3% (Calva, 1988; Zepeda, 2000; Warman, 1996). Por otro lado, la producción de los diez principales granos en 1988 fue menos en 33.5% respecto a 1981 (Calva, 1993 en Ortega; León; *et al.*, 2010).

Ante la inevitable crisis productiva agrícola y los percances que gestaron las medidas políticas neoliberales, han desarrollado medidas de intervención que intentan evitar la rápida erosión de los efectos estructurales sobre el entramado social. En otras palabras, el desarrollo de políticas alimentarias, subsanan superficialmente el problema que trae consigo la crisis de producción agrícola: inseguridad alimentaria.

Globalización y agricultura son dos conceptos que al interactuar en el proceso de desarrollo de México afectan considerablemente a la población. Por un lado, asocia la relación de

producción de bienes de consumo y materias primas utilizadas por las grandes industrias alimenticias; por otro, implica efectos de exclusión para los pequeños productores y explotación de los medianos (Rubio, 2001; Santarsiero, 2012).

Los autores se dedican a observar más a fondo las contradicciones entre de las coyunturas de producción agroalimentaria, como causa de la inseguridad alimentaria (Ortega; León; *et al.*, 2010). Para el caso de México, la cuestión alarmante arrastra consigo la calidad de los alimentos que busca la distribución de materias baratas. En suma, el abaratamiento y consumo de productos de bajo costo, implica un abaratamiento en la subsistencia de los sectores poblacionales más pobres.

El proceso de globalización ha significado una transformación inevitable en la producción alimentaria, sujeta a la demanda de la industria alimentaria, creadora de nuevos consumidores y preferencias. Así, este proceso con tendencia a homogenizar, por medio de la liberalización internacional de mercados con ventajas corporativas en la compra y venta de tecnologías, tierras de trabajo, entre otras, acentúa las desigualdades y contradicciones inherentes a las reformulaciones del capitalismo (Appendini & De la Tejera, 2003).

Hablar de calidad de alimentos, significa tener una posición dentro de los marcos establecidos por la FAO referentes a la seguridad alimentaria:

Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento *acceso* físico y económico a *suficientes* alimentos *inocuos* y *nutritivos* para satisfacer sus *necesidades* alimenticias y sus *preferencias* en cuanto a los alimentos a *fin de llevar una vida activa y sana* (FAO 1996 en Appendini & De la Tejera, B., 2003).

De suma importancia es reconocer el vínculo entre producción, consumo y calidad de alimentos. Los efectos entre esta relación son diferenciados entre países desarrollados vs los subdesarrollados. Al respecto, para Appendini y Tejada (2003), es vital reconocer el nexo entre producción de pequeños productores de maíz criollo y las políticas sociales en términos de seguridad alimentaria. En México nunca se creó un escenario favorable, sino todo lo contrario, lo que generó explotación del campesinado, inseguridad en el consumo de

alimentos y bajos costos de compra del producto. El acelerado proceso de industrialización del campo tuvo un objetivo principal: abastecer a las grandes ciudades, como también exportar materias primas a los países del norte (Appendini y De la Tejera, 2003). Esto se logró gracias a políticas sociales focalizadas a productores de maíz, otorgando créditos por medio del Banco de Crédito Ejidal, cuyo resultado fue el incremento de la superficie cosechada y, por lo tanto, abaratamiento del maíz y tortilla.

En la década de 1970, la fuente principal de apoyo a siembra de granos básicos fue financiada por créditos públicos, otorgados por paraestatales productores de pesticidas, fertilizantes, etc. La calidad del maíz tuvo bajó, no solo por los implementos de cuidado, sino porque se convirtió en un monocultivo industrializado (Appendini & De la Tejera, B., 2003). Su gran producción implicó un almacenamiento y administración por CONASUPO, órgano no especializado en el monitoreo de calidad, por lo que la producción también fue concentrada, y sufrió cambios por: almacenamiento, transporte y controles de calidad que sólo observaban el grado de humedad del grano, más no la integralidad nutricional.

Durante los 80, el Sistema Alimentario Mexicano (SAM) significó la culminación de apoyos al campo, para iniciar una fase de importación de granos básicos, debido a que no se logró cubrir la demanda de maíz por parte del Estado. Por lo anterior, la industria privada harinera (Maseca, en particular) comenzó a producir y distribuir tortillas empaquetadas y, con el paso del tiempo la inversión privada, desplazó a la CONASUPO MICONSA (empresa paraestatal encargada de distribución, almacenamiento y control calidad de maíz). La desaparición del subsidio estatal, para los años 90, implantó una política alimentaria que subsidiaba los costos de tortilla para los sectores más desfavorecidos. Los “tortibonos” fueron la medida que tenía la tarea de asegurar el consumo de tortillas en las familias más vulneradas por el libre mercado. A finales de la década, en el año de 1999, desaparece la paraestatal CONASUPO, a consecuencia de la homologación del precio del maíz a nivel mundial y abandono del sector campesino por la política pública en México.

Con el TLCAN, el aprovisionamiento de alimentos baratos aseguró la importación de granos básicos, registrando un crecimiento aproximado del 85%, frente a la exportación de un 81%

de la producción nacional. La inseguridad alimentaria en el país es un proceso gestado con la implementación de políticas neoliberales, sin embargo, los efectos en la población no se encuentran únicamente en el déficit paulatino de producción, si no en los efectos nocivos en la salud, derivados de un tiempo de exposición a una mala calidad de alimentos, acceso restringido de productos de calidad, control del maíz por corporativos harineros, entre otros.

Santarsiero (2012), opta por un análisis conceptual que cuestiona la eficacia de programas alimentarios cuyo objetivo era reducir brechas sociales en el consumo y acceso de alimentos. El problema radica en el desarrollo de políticas públicas transversales. Reconocer una política alimentaria como un camino a la reproducción del orden social tiene sus desventajas, pues reproduce una forma administrativa de control social a través del problema de acceso y distribución de alimentos desde el asistencialismo. Los objetivos intrínsecos relacionados con la alimentación de una población se otorgan según el grado o nivel de satisfacción cubiertos, dependiendo de los parámetros internacionales sobre seguridad alimentaria y no por cobertura de derechos a la alimentación sana y de calidad.

Este tipo de programas se encargaron de administrar alimentos de calidad en asentamientos urbanos que otorgaron una opción de protección ante devaluaciones y depreciaciones monetarias que, por efecto, trastocan la seguridad alimentaria y nutrición de sectores de población. El Sistema Alimentario Mexicano (SAM), nace de la necesidad de cubrir las demandas de distribución, control y consumo de alimentos ante una crisis alimentaria gestada desde los años setentas. Desde el año de 1973 se había perdido la autosuficiencia de maíz y para 1980 la importación de ese producto había superado el 25% (Spalding, 1985).

El SAM fue creado en 1980 para subsanar esta crisis, así como el déficit productivo de alimentos. Este programa rechazaba el modelo de liberación del mercado bajo “ventajas comparativas”. El objetivo era reactivar el sector alimentario básico y reducir la dependencia de importaciones (Spalding, 1985). Sin embargo, durante el cambio de sexenio en el 1982, el SAM no figuró dentro de las prioridades de Miguel de la Madrid, asegurando el declive de una buena propuesta que fue consumida por la incertidumbre que generó la apertura comercial, la administración burocrática, entre otros factores.

Los propósitos del SAM, buscaban que el estado tuviera el compromiso de administrar los recursos financieros y materiales para incrementar la producción de alimento, así recuperar una autosuficiencia alimentaria en el país; segundo, mejorar la distribución de alimentos para que la población en situación de desnutrición, pudiera tener una ingesta saludable de nutrientes (Spalding, 1985). El plan con que llevarían a término estas acciones era por medio del incremento de precios del maíz y frijol en un 20% y 36% respectivamente, con el fin de extender la superficie cosechada de éstos con respecto a cultivos de productos forrajeros como el sorgo.

Por su parte, la CONASUPO, al incrementar los precios de maíz y frijol, llenaban el mercado con importaciones o reservas, esto significó dos cosas (Spalding, 1985): las ganancias reales incrementaban a la par del cambio de cultivo prioritario, es decir, las tierras destinadas a productos o que estaban abandonadas, se ocuparon para producir granos básicos.

En este traste, el SAM reunió subsidios crediticios por parte de Banrural, con menores tasas interés; reducción del 30% en el precio de fertilizantes; 75% de descuento en semillas modificadas; abaratamiento de los costos para seguros de tierras; y un sistema de “riesgos compartidos” que garantizaba un reembolso si aceptaban aplicar las nuevas tecnologías de producción (Spalding, 1985). Además, el SAM podía asegurar el rendimiento de pequeños productores frente a las grandes industrias. Por otro lado, la distribución de alimentos en asentamientos urbanos promovería el mejoramiento de la dieta a través de subsidios para alimentación.

Tras la crisis productiva en 1979, el presidente López Portillo, tuvo como prioridad dentro de su sexenio recuperar la suficiencia alimentaria y otorgó gran importancia al SAM, aunque para la administración se crearan suborganismos desvinculados del mandatario nacional. Más tarde, uno de los efectos, tanto productivos como de distribución, sería que, debido a la primicia en la producción de básicos, se desatendió la producción de verduras y frutas (fuente principal de empleo de jornaleros), lo que causó un incremento en la importación de éstos (Spalding, 1985). No obstante, el resto del producto nacional era fuente importante de exportaciones. En otras palabras, frutos y verduras, no figuraron dentro de los alimentos a distribuir en población urbana.

Caso contrario ocurrió con la ingesta de proteína animal como parte de la dieta moderna de las urbes y como un alimento al que se tiene derecho. Esto implicó que la ganadería extensiva fuera poco presionada a regular su producción con respecto de los vegetales, granos, etc. Sin embargo, durante el mandato de López Portillo, también se reconoció que la producción de básicos debería estar sujeta al orden existente, por lo que la COPARMEX (organización independiente del sector privado) tuvo injerencia en la formulación legal que regularía al SAM, declinando en favor de capitales privados nacionales, así la producción agroindustrial tornó en un carácter elitista y cohesionó el producto nacional (Spalding, 1985). En resumen, el SAM fue el permiso adecuado para la extensión de producción agrícola capitalista, con sus respectivos efectos sobre pequeños productores y de temporal.

El derrumbe de este Sistema Alimentario ha sido estudiado desde 5 posturas (Spalding, 1985): 1) los problemas agrotécnicos al incrementar la producción de áreas marginales; 2) la lucha burocrática administrativa; 3) la alianza entre el Estado y los intereses de clase; 4) discontinuidad de políticas sexenales y; 5) la dependencia fiscal del Estado mexicano.

Tras los problemas que consigo traía la apertura comercial y el desmantelamiento burocrático del SAM, México tuvo varios programas alimenticios y de nutrición orientadas a grupos vulnerados. Como todo proceso de políticas sociales focalizadas, en el país tuvo diversas etapas de atención a la problemática nutricional, así como empresas y organizaciones gubernamentales que intervinieron en el diseño de éstas (Barquera; *et al.*, 2001).

Los organismos involucrados en el diseño y gestión de estas políticas alimentarias se dividían en dos grandes ramas: organizaciones involucradas tanto en la producción como el consumo; 1) las productivas eran la Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO), el ya mencionado Banrural, Fideicomiso para la Reforma Agraria, Secretaria de Reforma Agraria, Confederación de Cámaras de Comercio (CONCANACO), entre otros; por su parte, 2) las organizaciones relacionadas al control de consumo se encontraban la Secretaria de Salud, Secretaria del Desarrollo Social (Sedesol), Secretaria de Educación Pública y, nuevamente la CONASUPO (Barquera; *et al.*, 2001).

Las medidas y aparatos estatales relacionados con la nutrición, por mencionar algunos, se encuentran (Barquera; *et al.*, 2001):

- **CONASUPO:** encargada de aumentar el consumo de alimentos en estratos populares más pobres del país, otorgando subsidios sectorizados sobre el precio de la tortilla (Tortibonos para 1985-1989 y Tortivales para 1990) y selectivos en la distribución de leche industrializada (Liconsa) en familias pobres. Cabe mencionar que estos programas eran implementados sobre zonas urbanas y el problema principal de continuidad, radicó en la dificultad de identificación y evaluación constante de zonas vulnerables.
- **Cupones para Leche Liconsa:** para el año 1972 se crea la Liconsa para distribución de leche a bajo costo en familias de bajo ingreso (menos de 2 salarios mínimos), con el propósito de elevar el estado nutricional de niños, mujeres embarazadas y personas adultas mayores.
- **Programas de asistencia alimentaria del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF):** a partir del año 1929 iniciaron estos programas de asistencia a la niñez con la repartición de desayunos escolares gestionados por el DIF. Estos programas iban desde los ya mencionados desayunos, asistencia social alimentaria en familias, dotaciones de leche en polvo, medicina preventiva, etc. Para el año de 1995, la participación de sectores interinstitucionales como Secretarías de Ganadería, Agricultura, Salud, Educación, DIF, entre muchas otras, intervinieron el Programa de Alimentación y Nutrición Familiar, el cual incide en la adquisición y distribución de productos de la canasta básica, desayunos escolares y subsidio para el consumo de tortillas.
- **Programa de Educación, Salud y Alimentación:** encargado de dotar de paquetes educativos en salud y nutrición, como también una beca por cada niño que se encontrara estudiando (entre 3º de primaria y 3º de secundaria) y tuviera menos de 18 años cumplidos.
- **Programas de fortificación con micronutrientes en México:** Estos programas resultaron muy atractivos por su bajo costo al “enriquecer” con micronutrientes, pero la resistencia al consumo de éstos implicaba un gran obstáculo. No así, sucedía con el enriquecimiento de harinas de maíz nixtamalizado, con el objetivo de recuperar los nutrientes perdidos (70%) en el proceso de refinamiento, aunque, por otro lado, en el

curso de añadiduras nutrimentales, se integraron algunos que se consideran no aptos para una dieta equilibrada.

Algunos de estos programas de asistencia para la sana alimentación, son un punto crucial a integrar en el estado epidemiológico de diabetes en adultos mayores del país. Esto nos lleva a considerar que, gracias a las dinámicas políticas en materia de alimentación y producción de insumos básicos, existen fuerzas sociales que demarcan la construcción de *agencias alimenticias*, comprendidas como el condicionamiento estructural y diferenciado de elecciones de productos disponibles en el mercado alimenticio de la nación y sus regiones. Esto es, reconocer una fuerza constrictora, más no condicionante del todo, en el desarrollo de “*malos hábitos alimenticios*” con consecuencias en el curso de enfermedades metabólicas y crónico degenerativas. La alimentación, así como las formas de consumo, son un indicador de cúmulos de desventajas sociales a lo largo del tiempo, así como de riesgos estratificados. Pensar en las políticas alimentarias, nos habla de las desigualdades incubadas desde los regímenes productivos a nivel mundial y la subyugación de los estados en vías de desarrollo frente a las grandes industrias alimenticias que, años más tarde, desarrollarían las magnitudes de consecuencias no previstas en la salud de la población.

1.3 Diabetes en México

La diabetes mellitus es una enfermedad crónico degenerativa que “*altera la producción y utilización de la insulina por el organismo*” (Moreno, L., *et. Al.*, 2014). Al ser más frecuente los diagnósticos por DMT2, indica que:

“(...) se caracterizan por el aumento de glucosa en sangre y alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas que están relacionadas con deficiencias absolutas o relativas de la acción o secreción de la insulina, la cual se encuentra en sangre con niveles bajos, altos o normales” (Moreno, L, *et. al.*, 2014, 22).

No obstante, quienes son diagnosticados con esta enfermedad, por lo general tienen antecedentes familiares con diabetes, tuvieron bajo peso al nacer y un aumento de peso mayor a lo normal en la adolescencia (Olaiz et al., 2007; Moreno, L., *et al.*, 2014). Las alteraciones en la tolerancia a la glucosa, más el aumento en glucosa en ayunas, son consideradas etapas previas a la diabetes. Otro factor de riesgo relacionado al rápido desarrollo de la enfermedad,

son aquellos relacionados con el síndrome metabólico, que es la presencia de obesidad, hiperglucemia, hipertensión arterial y dislipidemia (Moreno, L., García, et al., 2014; Olaiz, et al., 2007). En Vázquez & Panduro (2001) se expresa que el 26% de las muertes a nivel nacional por diabetes, está asociada a la coexistencia con otras enfermedades como cirrosis y enfermedades coronarias.

La diabetes en adultos mayores es un importante indicador en la disminución de la esperanza de vida, por lo que existe un consenso en diversos autores (Moreno, L., García, et al., 2014; Olaiz, Rojas, Et al., 2007; Vázquez & Panduro, 2001; Menéndez, Guevara, et al., 2005) en continuar con programas de prevención contra factores de riesgo, como son cambios en hábitos alimenticios, consumo de alcohol y tabaco, obesidad y falta de ejercicio físico. Aunque estos son elementos que aumentan el riesgo, también existe un componente hereditario reportado en diversos análisis (Castro, *et al.*, 1996; Hernández, & Reynoso, 2013; Moreno, L., *et al.*, 2014). Se ha señalado también que las personas mayores con diabetes son una población heterogénea compuesta por casos diagnosticados a menos de un año, como también personas con una trayectoria de exposición/cuso de enfermedad y tienen complicaciones que derivarán en causa de mortalidad tales como: neuropatía, enfermedad cardiovascular periférica, retinopatía y nefropatía, entre otros. (Moreno, L., *et al.*, 2014).

El fenómeno epidemiológico de la diabetes no es propio de una nación en particular. Se ha reportado que el aumento de casos de esta enfermedad afecta alrededor del 10% al 15% de la población adulta (mayores de 20 años). Se estima que, en América latina, para el año 2030, habrán desarrollado la enfermedad cerca de 33 millones de personas adultas (Moreno, L., *et al.*, 2014; Vázquez & Panduro, 2001) y reduce su esperanza de vida entre 5 y 10 años (Moreno, L., *et al.*, 2014).

Según Moreno, L., *et al.*, (2014) y Vázquez & Panduro (2001) existe una asociación entre escenarios urbanos y la prevalencia de la enfermedad, debido a que existe disminución del número de casos reportados en áreas rurales (57% para el año 1950) con relación al año 2000, pues bajó a 25% en estas áreas. Sin embargo, destacan que la mayor frecuencia de diagnósticos positivos para diabetes, ocurre en personas mayores de 60 años en áreas urbanas. Además, dichos aumentos son relativos a la frecuencia de diagnósticos por edad de acuerdo a lo observado con la ENSANUT 2000 y 2006. La exposición a la enfermedad en adultos

mayores es de 20 años aproximadamente, porque el diagnóstico previo al reporte de la ENSANUT, indica que éste lo recibieron a partir de los 40 años de edad. Sin embargo, al momento del diagnóstico médico se apunta que existen de 7 a 10 años previos en el desarrollo de la enfermedad (Mehta & Aguilar, 2010).

Moreno, L., *et. al.*, (2014) expone que los determinantes sociales de la salud sobre el desarrollo y prevalencia de efectos en la salud pública son, principalmente políticas económicas y alimentarias que se llevaron a cabo a lo largo de la década de los 80 en América Latina —para el caso mexicano, a partir del año 1983. En este sentido, no solo la obesidad y la diabetes en una población son indicadores de prácticas alimenticias, también lo son en tenor de las desigualdades sociales como consecuencia de una transición alimentaria caracterizada por la afección negativa en la producción y comercialización de alimentos básicos.

En México, la industria alimentaria condujo su curso en torno a la creación de consumidores de productos calóricos, por lo que el acceso a estos productos es diferenciado por los ingresos de la población mexicana (Moreno, L., *et. al.*, 2014). A pesar de las desigualdades en la alimentación, también existe causalidad en los estilos culturales de vida:

“La OMS (2010), señaló ~ que el consumo de alimentos malsanos está creciendo rápidamente en entornos con escasos recursos. Los datos disponibles sugieren que la ingesta de grasas ha aumentado rápidamente en los países de ingresos medios y bajos desde la década de los ochenta.”
(García, 2014, 32)

Por lo anterior, en este mismo documento, se señala que el tránsito de un modo de vida tradicional a uno moderno (industrializado y guiado por el libre mercado) modificó exponencialmente las tasas de obesidad, diabetes, hipertensión y mal nutrición. En un escenario epidemiológico de la diabetes, la conjunción de factores biológicos, además de sociales, relacionados con los procesos de urbanización, industrialización y globalización, son fuerzas sociales determinantes en el proceso y desarrollo de DMT2.

Tras varias décadas de cambios sociales y económicos, en México se reporta una tendencia a la alza para desarrollar diabetes (Hernández & Reynoso 2013; Castaño, L. S. Á., 2009). Los

autores señalan que se han impulsado políticas en materia de salud alimentaria para combatir la obesidad como un importante factor de riesgo, a través de programas como PREVENIMSS, PREVISSSTE, Unidades de Especialidades Médicas para Enfermedades Crónicas, entre otros. Además, estas medidas institucionales de prevención, señalan las prevalencias de diabetes por nivel socioeconómico (NSE), a través de un estudio descriptivo de la ENSANUT 2012. Es decir, existe un efecto socialmente estratificado de la salud, premisa estudiada por Marmot (2009)

En un análisis comparativo entre naciones (Agudelo & Dávila, 2015) sobre la prevalencia de diabetes en América Latina, México destaca por el aumento acelerado de casos reportados de esta enfermedad y como una principal causa de muerte, respecto a países como Chile, Argentina y Colombia entre los años 2000 y 2011. Al igual que Hernández & Reynoso (2013), García, y colegas (2007); De la Paz, et al., (2012); Castro, *et al.*, (1996); destaca que existe una relación entre los cambios en la composición de la dieta con alto contenido calórico de una población que, aunada a la baja frecuencia de actividades físicas deportivas en las ciudades, inciden en el riesgo a desarrollar diabetes:

“Aspectos como la urbanización, la modernización y la incorporación de las mujeres a las actividades laborales remuneradas han modificado los hábitos dietarios de los latinos, quienes disponen de una amplia variedad de productos procesados y la gran mayoría de ellos a precios accesibles, lo que ha permitido que todos los segmentos de la población puedan adquirirlos, independientemente del nivel socioeconómico al que pertenezcan” (Agudelo & Dávila, 33, 2015)

El consumo de productos altamente calóricos y el sedentarismo, conducen a los individuos a desarrollar obesidad. Este padecimiento es caracterizado por el desequilibrio en la producción y liberación endógena de insulina que provoca el aumento de la grasa corporal (García, y colegas ,2007; Vázquez & Panduro, 2001). No obstante, como se ha mencionado, la obesidad, hipertensión y diabetes mellitus son el conjunto de enfermedades metabólicas que, por sus efectos degenerativos, estudios como el de De la Paz, et al., (2012) hablan de una *epidemia en progreso* al demostrar que la prevalencia de hipertensión arterial en pacientes con diabetes mellitus, es el doble con respecto a quienes no desarrollaron ésta última. Nuevamente, en este reporte, se asocian los hábitos de consumo de productos

calóricos, además de factores de riesgo con el consumo de bebidas alcohólicas, cigarrillos y café.

La diabetes mellitus en el terreno de las ciencias sociales, provoca abordarla desde perspectivas interdisciplinarias que trastocan barreras del conocimiento de diferentes disciplinas científicas (Ruiz & Ham- 2007; Espinosa & Salas2013). Hasta el momento se ha expuesto un consenso en la importancia de hábitos de consumo alimenticio como principal determinante social en el desarrollo de diabetes en casos mexicanos y, en general, latinos. Sin embargo, Alemán, y colegas (2012), señalan que no es suficiente con considerar estos factores como determinantes en el comportamiento de la epidemia, es necesario observar condiciones laborales, familiares y del entorno inmediato de personas diagnosticadas, además de históricas. En este sentido, apunta que el estado de salud es influenciado por el nivel de desarrollo social de una nación, por lo que incide en el impacto de una enfermedad, sus costos y servicios de atención a nivel institucional.

Por otro lado, existen análisis como el de Gómez Peñaloza (2013), donde realizó un estudio cualitativo cuyo objetivo fue observar las representaciones sociales alrededor de pacientes mexicanos con diabetes. Las representaciones reportadas tienen una connotación negativa para quienes tienen la enfermedad. En algunos testimonios, significa una oportunidad para cambiar un estilo de alimentación, con el propósito de evitar una muerte prematura.

García, A. G. (2004), compara dos grupos de personas con diabetes diagnosticadas al norte del país y que fueron amputadas vs las que no. Se realizaron trayectorias de enfermedad con datos cualitativos contruidos con la historia clínica de los pacientes y entrevistas para registrar los cambios alimenticios que habían realizado, como medida de ralentización de complicaciones o como medida necesaria después de amputar extremidades. Quienes cambiaron sus hábitos alimenticios, reportaron cierta aversión en el cambio de la dieta, sin embargo, adquirieron un sentido nutricional de lo que consumían, dejando de lado, la preferencia de productos con alto contenido calórico.

Los padecimientos y malestares manifestados a lo largo del desarrollo de la enfermedad en pacientes depende también del pronto o tardío diagnóstico en los éstos. En Lara y colegas (2000), hablan de la necesidad de un diagnóstico integral en México con fines de prevención

de diabetes e hipertensión. Al término de su investigación, reportaron mayor prevalencia en personas recién diagnosticadas (al momento de la investigación) en pacientes con 60 años y más, sin embargo, identificaron que este instrumento detecta factores de riesgo relacionados con hipertensión en adultos mayores de 50 años, reduciendo en prevención primaria costos de tratamiento.

Aunque han sido numerosos los esfuerzos por impulsar políticas de atención y prevención de diabetes, desde la década de los 40's en México, esta enfermedad ya era una de las primeras veinte causas de mortalidad con una tasa de 4.2 por cada 1,000 habitantes (Olaiz, Aguilar, *et al.*, 2007). Según Vázquez & Panduro (2001), a partir de la década de los 60's la diabetes mellitus aumenta paulatinamente hasta ser alarmante en 1998. Para 2006 las muertes asociadas con esta enfermedad, comenta Olaiz, y colegas (2007), representó el 12% de muertes ocurridas a nivel nacional en adultos con más de 60 años. Actualmente es la primera causa de muerte según la encuesta intercensal del INEGI (2016).

Olaiz, Aguilar, *et al.*, 2007, realizaron un estudio transversal donde analizaron la propensión a desarrollar diabetes en adultos mayores mexicanos: independientemente del sexo, un factor de riesgo es el bajo índice de escolaridad, antecedentes familiares, coexistencia de hipertensión arterial y enfermedad renal, obesidad (solo en mujeres) y residencia urbana (solo en hombres). La riqueza de este estudio es considerar los elementos sociales que pueden estar involucrados relacionados al diagnóstico positivo para diabetes, destacando que la frecuencia de los casos se concentran en personas mayores de 60 años, donde 1 de cada 4 la padece.

Hernández y colegas (2011) y Olaiz, *et al.*, (2007) exponen, que la mayor concentración de casos detectados está en personas cercanas a los 60 años y existen algunos impedimentos para seguir los tratamientos necesarios. El 31% de la muestra que analizaron, declaró no seguir las recomendaciones dietéticas “por falta de voluntad” y razones socioeconómicas. Por otro lado, casi el 50% no sigue las recomendaciones de ejercicio físico. Para ello, la influencia la condición de residencia urbana y los años de exposición a la enfermedad, aumentó en 2.4 la propensión de descontrol glucémico en personas con 5 o más años de evolución de la enfermedad.

En la última década, la diabetes sigue su tendencia al aumento. En Jiménez y colegas (2013), se analizó de forma descriptiva los resultados de la ENSANUT 2012. Dentro de sus resultados destaca que el 9.2% de la población mexicana tiene diabetes diagnosticada. Los casos son concentrados en la población de 40 a 49 años, así como en áreas urbanas a diferencia de las rurales. Al igual que los autores hasta ahora mencionados. Este análisis concuerda en que el aumento de la prevalencia de diabetes está relacionado con grupos de edad y hábitos desfavorables en el estilo de vida, están relacionadas a la comorbilidad, afectando a la calidad de vida posterior al diagnóstico (Botero & Pico Merchán, 2007).

A continuación, se muestran los principales factores de interés para esta investigación a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, con el propósito de observar el comportamiento epidemiológico a lo largo del tiempo a partir del año 2000 en México.

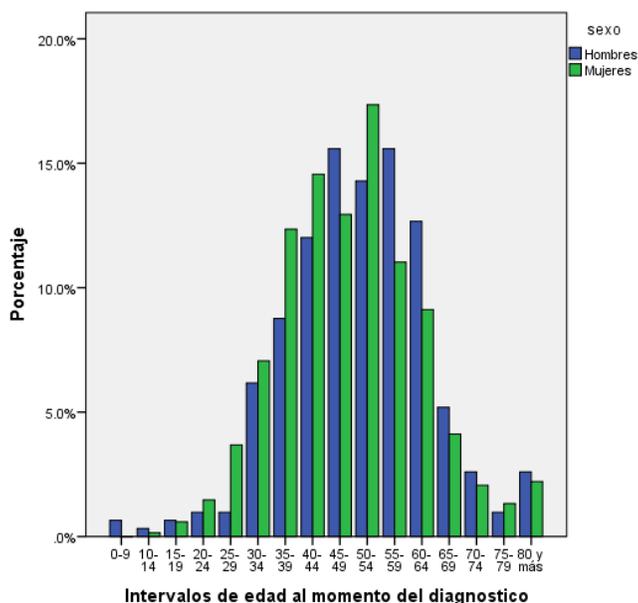
1.4 Datos epidemiológicos de DMT2 en México.

En esta sección expondré algunos de los resultados de interés para esta tesis que arroja el reporte de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición para sus aplicaciones de los años 2000, 2006, 2012 y 2016. El trabajo presentado es de carácter descriptivo sobre los cuestionarios de enfermedades crónicas en adultos de 20 años y más. Las frecuencias mostradas son resultado de la ponderación de las bases de datos por factores de re escalamiento, además de realizar pruebas ji cuadrada, demostrando diferencias estadísticamente significativas. A manera de nota, apunto que el seguimiento de las mismas preguntas, es un obstáculo a lo largo de los cuatro años de aplicación, debido a que los cuestionarios cambian o reformulan preguntas asociadas con obesidad, región histórica o urbana, padecimientos de comorbilidad, entre otros.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2016), cerca del 11% de la muestra, reportó haber sido diagnosticada con *diabetes* o *diabetes gestacional*. Dentro de los resultados descriptivos se encuentra que 31.2% de personas con diabetes son hombres, mientras que el 68.8% son mujeres.

Los datos que muestra esta encuesta recaban información retrospectiva que permiten saber la edad en la que recibieron el primer diagnóstico de un médico. La distribución por intervalos de edad, según sexo, al momento del diagnóstico es la siguiente:

Gráfico 1. Edad al momento de diagnóstico por diabetes.

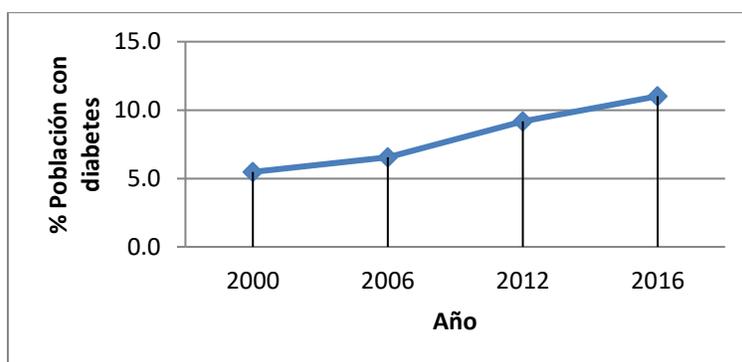


Fuente: Elaboración propia con datos de ENSANUT 2016

El gráfico 1 muestra que el 80.4% de los diagnósticos reportados está entre dos etapas de vida rectoras -aunque no las únicas- en el análisis con el curso de vida: la vida adulta (30+) y la vejez (60+). En otras palabras, quienes desarrollan esta enfermedad, transitan a la adultez o vejez.

El comportamiento de la enfermedad a partir de la primera aplicación de la ENSANUT demuestra el incremento de seis puntos porcentuales desde el año 2000 hasta el 2016 como lo muestra el siguiente gráfico:

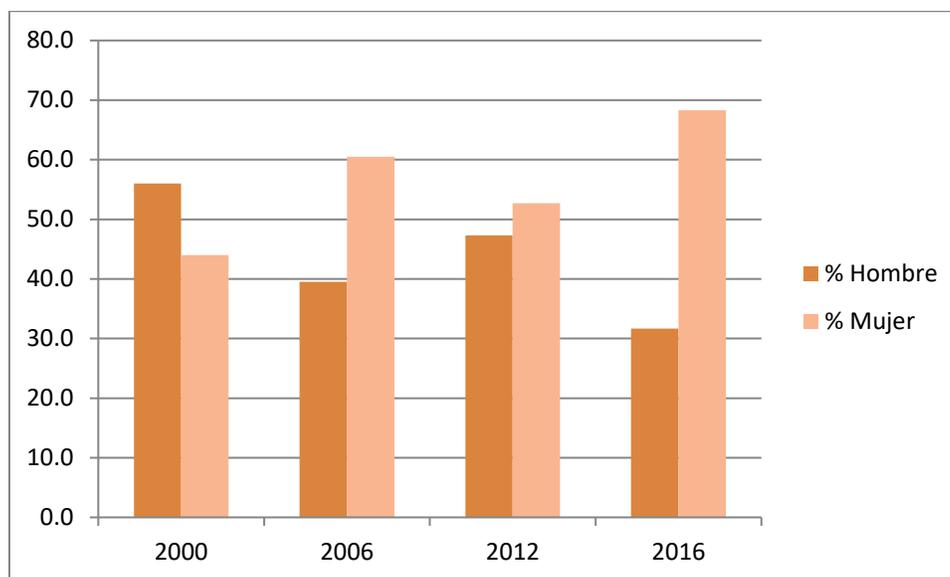
Gráfico 2. %Porcentaje de población con diabetes diagnosticada



Fuente: Elaboración propia (ENSANUT 2000, 2006, 2012, 2016)

Sin embargo, el comportamiento de la enfermedad muestra una diferencia estadística no significativa al momento de hacer una distinción por sexo.

Gráfico 3. % de personas diagnosticadas con diabetes según sexo



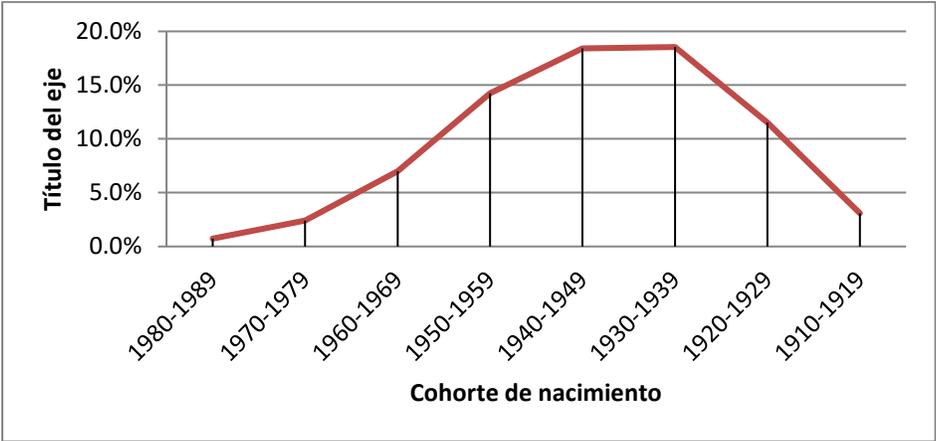
Fuente: Elaboración propia (ENSANUT 2000, 2006, 2012, 2016)

El efecto de esta distribución no puede ser atribuido sobre una sola variable a considerar y sobre un momento estático en el tiempo. Por ello, en este proyecto se tiene la tarea de observar, a través de la población adulta mayor, la confluencia de determinantes sociales y los cambios en las trayectorias de salud al momento de ser diagnosticadas con diabetes. La DMT2 está relacionada con factores sociales y determinantes en la acumulación de riesgos a partir del diagnóstico para diabetes, pero también es resultante de la acumulación o experimentación de eventos a lo largo de la vida que potencian la probabilidad de desarrollarla, como son: migración del campo a la ciudad, el condicionamiento de género, entre otros (Hebrero, 2014).

Para el año 2000, se reportaron 5.7% de personas diagnosticadas con diabetes. La mayor concentración de casos se observa en los grupos de edad de 50 años (18.4%) y 60 años de

edad (18.5%). En los grupos de menor edad (20 años) aparece una prevalencia del 0.7 %. Para efectos de esta investigación se convirtieron los grupos de edad en cohortes de nacimiento. De esta manera se observó que la prevalencia de diabetes en cohortes de nacimiento anteriores a 1980 y que nacieron durante la década de los 40's son personas mayores de 60 años, quienes vivieron el desarrollo paulatino de insuficiencia alimentaria que privilegió el comercio comida industrializada, importaciones de materias primas, así como la apertura a productos de alto contenido calórico.

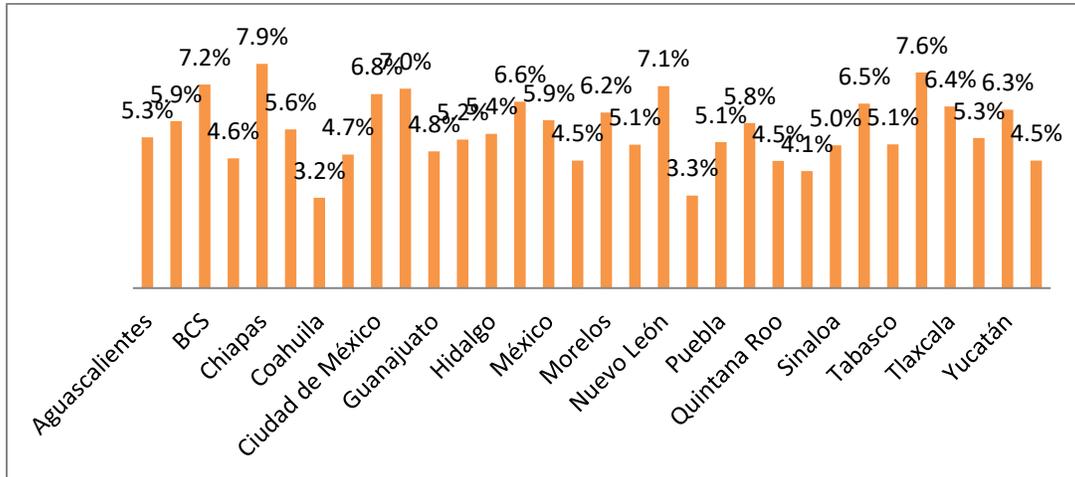
GRÁFICO 3. Prevalencia de diabetes por cohorte de nacimiento



Fuente: Elaboración propia con datos de ENSANUT (2000)

Por otro lado se observó que para el año 2000 en la Ciudad de México, existía una prevalencia del 6.8% sobre el total de diagnósticos para diabetes a nivel nacional. La entidad federativa con mayor porcentaje de casos fue Chiapas, con un 7.9% y, en segundo lugar, los estados del norte del país destacaron por la concentración de mayor número de casos reportados: Tamaulipas con 7.6%, Baja California con 7.2%, Nuevo León con 7.1 y el estado de Durango con el 7.0%.

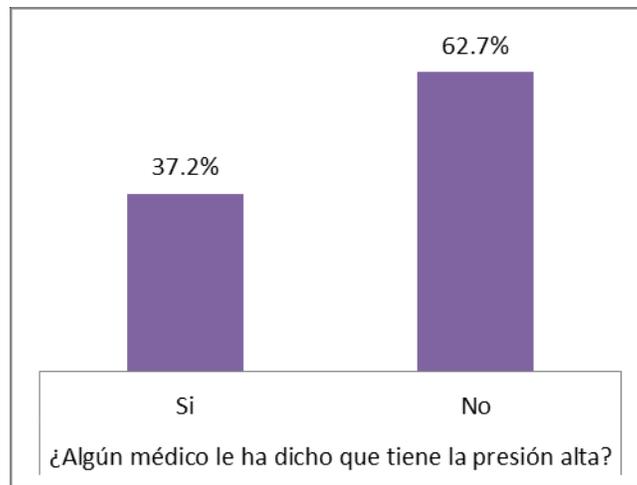
GRÁFICO 4. Prevalencia de diabetes por Entidad Federativa.



Fuente: Elaboración propia con datos ENSANUT (2000)

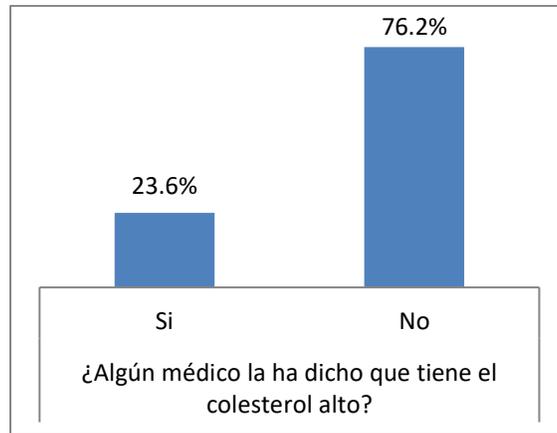
Los problemas asociados con factores de comorbilidad que registró esta encuesta asocia que el 37% de las personas con diabetes padece de hipertensión y el 23%, colesterol en la sangre.

GRÁFICO 5. Presencia de Hipertensión en personas diagnosticadas con diabetes.



Fuente: Elaboración propia con datos ENSANUT (2000)

GRÁFICO 6. Presencia de Colesterol alto en personas diagnosticadas con diabetes.

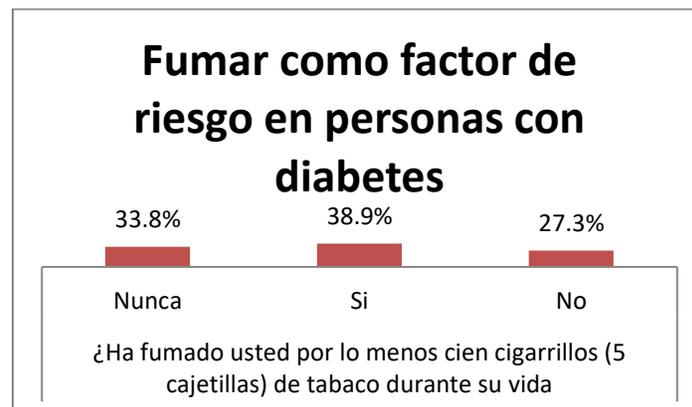


Fuente: Elaboración propia con datos ENSANUT (2000)

Estos resultados concuerdan con la bibliografía revisada respecto a los reportes de co-presencia de enfermedades crónico-degenerativas y su asociación significativa con la DMT2

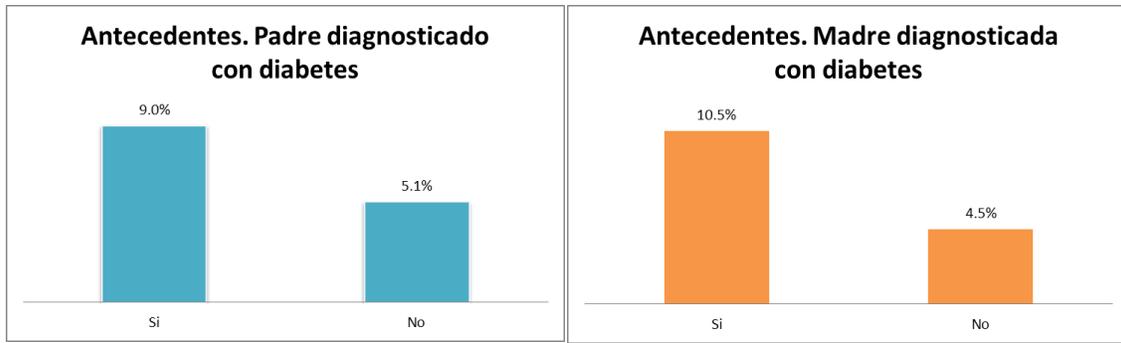
Por otro lado, se observó que los factores de riesgo como el consumo de cigarrillos y el componente hereditario, fueron asociados a la prevalencia de DMT2 a nivel nacional. Se reportó que el 38.9% de las personas con diabetes han consumido por lo menos 5 cigarrillos durante su vida. Por otro lado, el componente hereditario expresó que el 9.0% de personas con diabetes en el año 2000, tuvo un padre con diabetes, mientras que el 10.5% hace referencia a una madre diagnosticada con esta enfermedad.

GRÁFICO 7. Fumar como factor de riesgo.



Fuente: Elaboración propia con datos ENSANUT (2000)

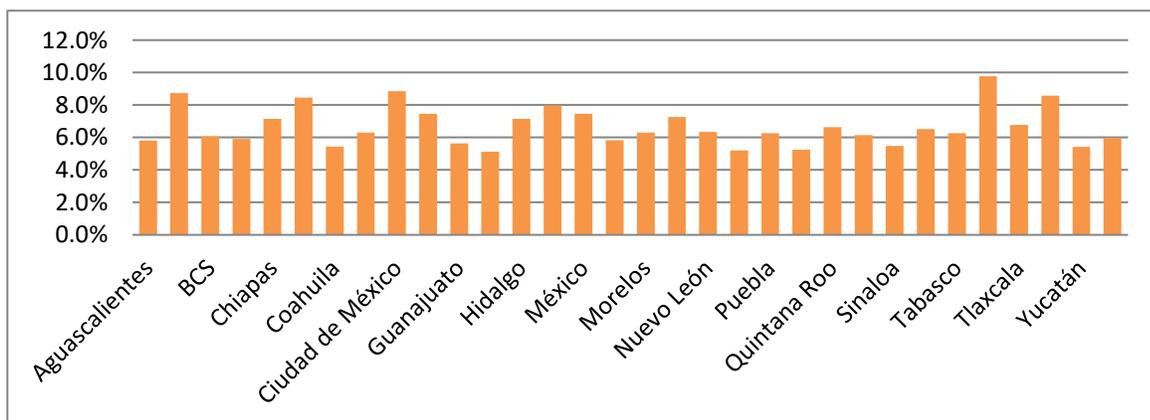
GRÁFICO 8 Antecedentes familiares diagnosticados con diabetes.



Fuente: Elaboración propia con datos ENSANUT (2000)

Para el año 2006 se reportó una prevalencia de diabetes de un 7.0% a nivel nacional. El 7.4% de los casos son mujeres y el 6.6% son hombres. En este año la entidad federativa con mayor porcentaje de diagnósticos fue el estado de Tamaulipas con 9.8%; para el caso de la Ciudad de México, se registró un aumento de casi tres puntos porcentuales (8.9%).

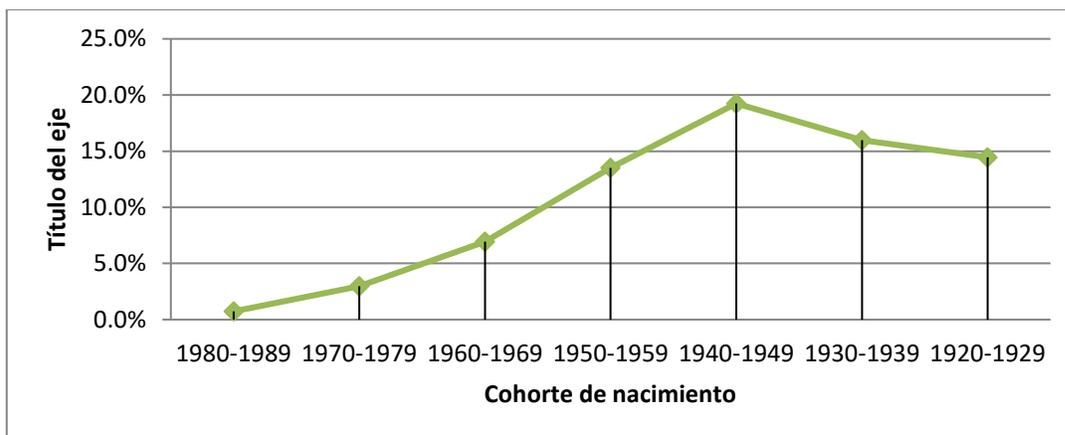
GRÁFICO 9 Prevalencia de diabetes por Entidad Federativa.



Fuente: Elaboración propia con datos ENSANUT (2006)

Se observa, además, un aumento significativo en las cohortes de nacimiento de los años 40's con el aumento de casi dos puntos porcentuales (19.2%), además de observar un aumento proporcional en lo largo de las cohortes.

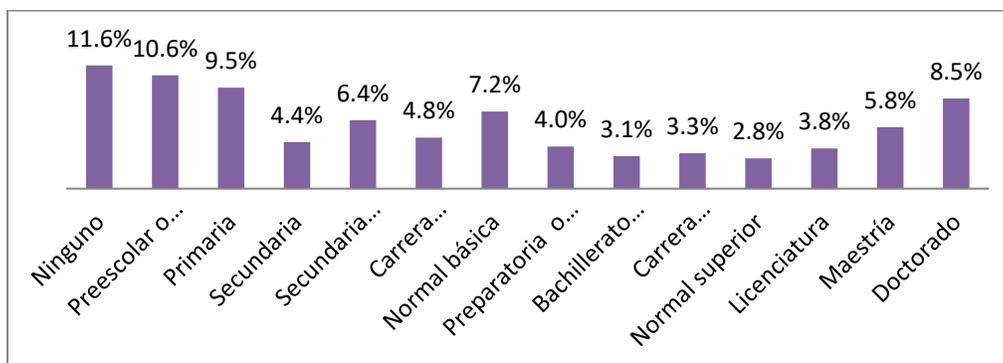
GRÁFICO 10 Diabetes por Cohorte de nacimiento.



Fuente: Elaboración propia con datos ENSANUT (2006)

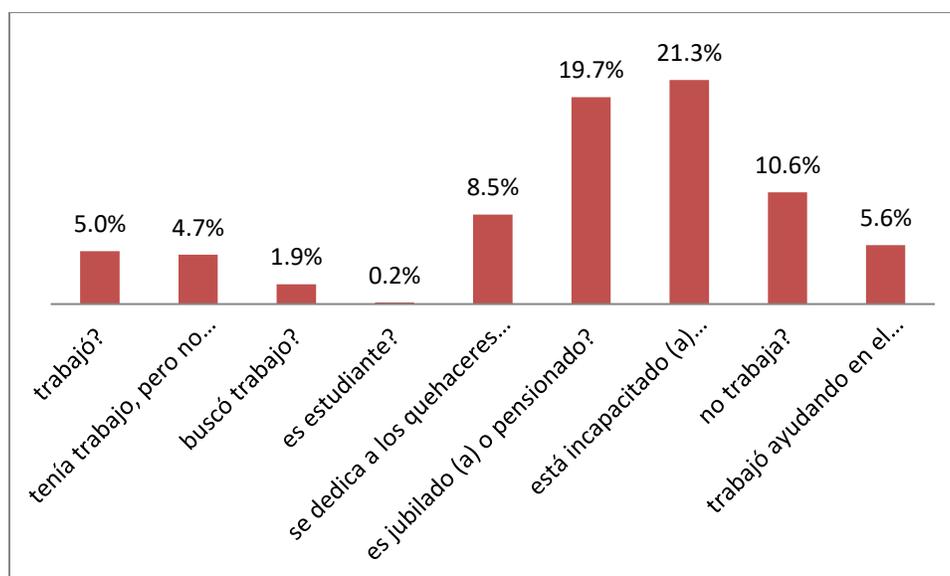
En esta edición de aplicación de la encuesta, el grado escolar y ocupación, no mostraron un grado de significación relevante para lograr una asociación con el diagnóstico para DMT2. Sin embargo, en el caso de las personas con ningún nivel escolaridad (11%) y nivel bajo de escolaridad (10.5%) se registró la concentración más alta de prevalencia. Por otro lado las personas con Doctorado mostraron una prevalencia de 8.5% de casos.

GRÁFICO 11 Prevalencia de diabetes por nivel de escolaridad



Fuente: Elaboración propia con datos ENSANUT (2006)

GRÁFICO 12 Prevalencia de diabetes por condición de ocupación una semana anterior a la aplicación de la encuesta



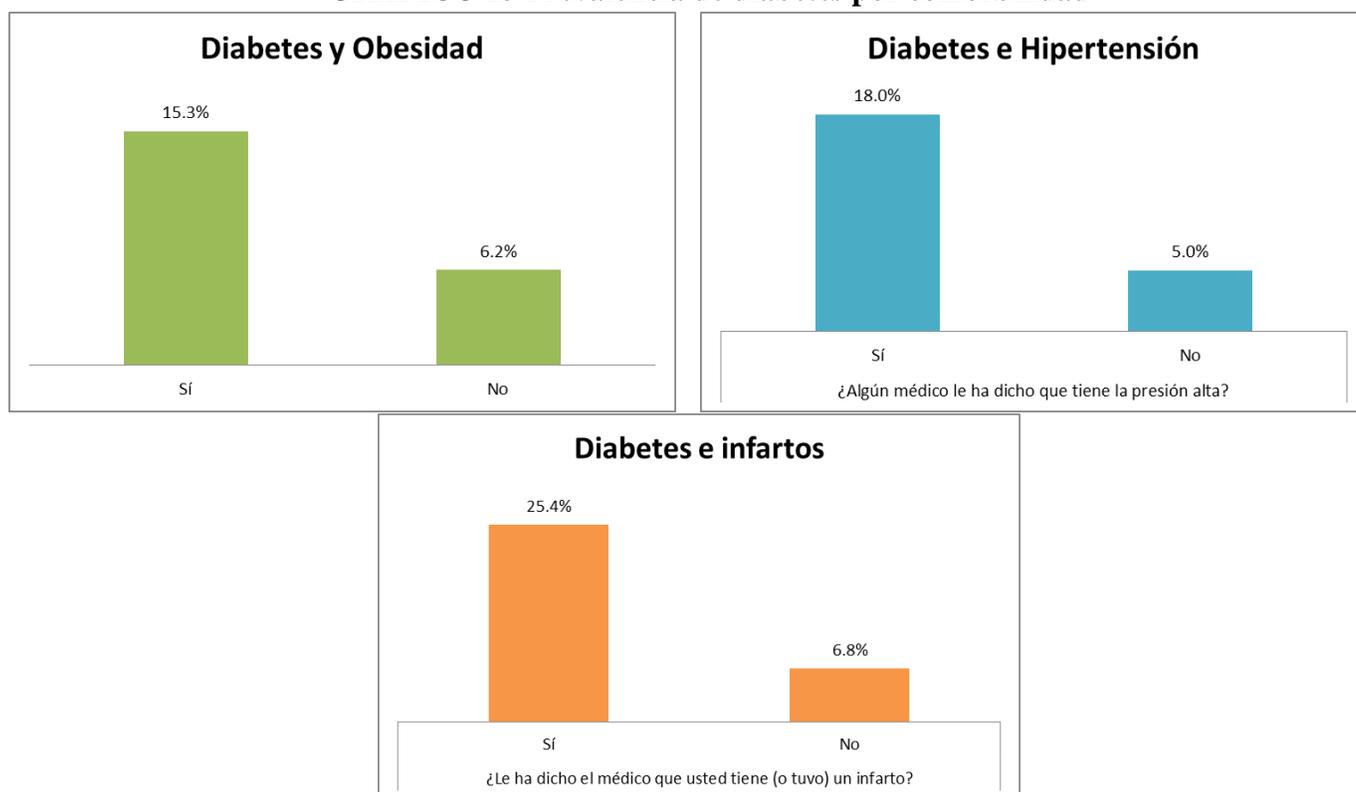
Fuente: Elaboración propia con datos ENSANUT (2006)

En este gráfico, el mayor número de casos se concentra en personas jubiladas (19.7 %) e incapacitadas (21.3%). Aunque no hay un grado de asociación significativo, este resultado concuerda con las posturas de los artículos revisados en las que defienden la incidencia de factores sociales como determinantes en la salud de las personas.

En esta aplicación de la ENSANUT, integraron nuevas preguntas que muestran asociación y presencia de comorbilidad en personas con diabetes. Destaco tres de las más frecuentes: hipertensión, obesidad y problemas del corazón.

La encuesta reporta que el 15.3% de personas con diabetes padece de obesidad; mientras que el 18% presenta hipertensión y; el 25% de los diabéticos para el año 2006 han sufrido al menos un infarto.

GRÁFICO 13 Prevalencia de diabetes por comorbilidad

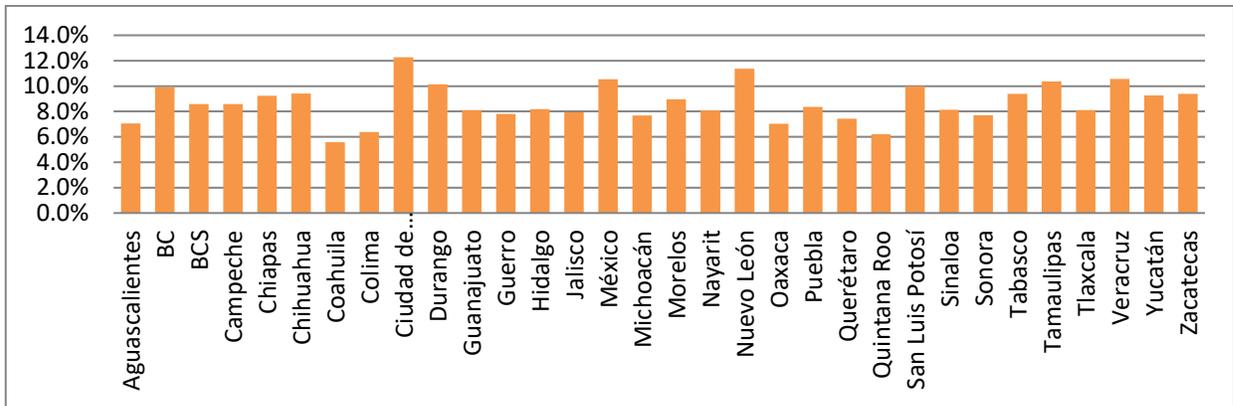


Fuente: Elaboración propia con datos ENSANUT (2006)

En el año 2012 la ENSANUT reportó un aumento alarmante en la prevalencia de diabetes a nivel nacional (9.2%). Existió un crecimiento de casi tres puntos porcentuales para el caso de las mujeres (9.7%) y dos puntos porcentuales para hombres (8.6%).

Algo más alarmante aun, fue el aumento acelerado de casos reportados para la Ciudad de México, puesto que se posicionó en menos de 6 años como la primer entidad federativa con casos de personas diabéticas (12.3%). En segundo lugar se encontraba Nuevo León con el 11.4% y en tercero Veracruz con 10.5%, es decir, este último aumentó la prevalencia en cinco puntos porcentuales en 12 años.

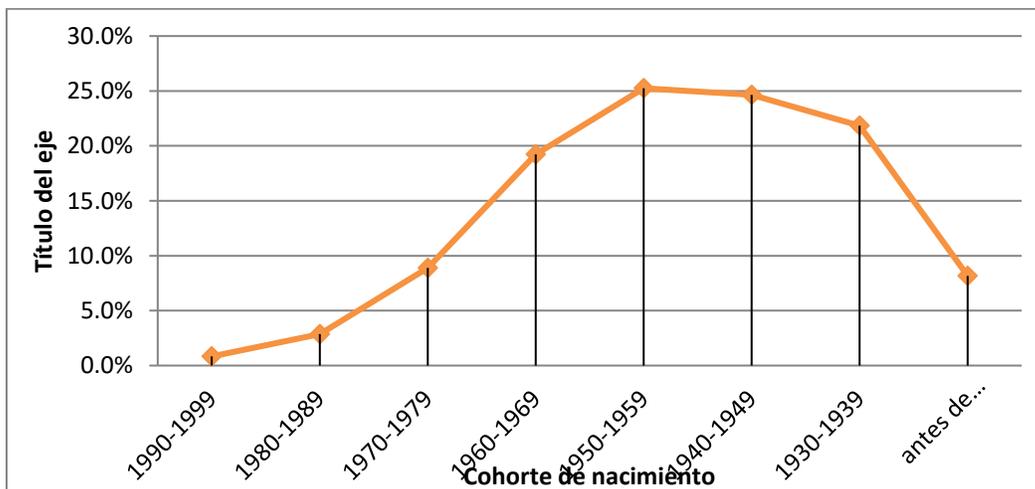
GRÁFICO 14 Prevalencia de diabetes por Entidad Federativa



Fuente: Elaboración propia con datos ENSANUT (2012)

El comportamiento de las cohortes de nacimiento mostraron su pico más alto en los nacidos en la década de los 50's (25.2%) quienes para el 2012 eran personas mayores de 60 años; en segundo lugar de prevalencia se encuentran las personas nacidas en la década de 1960, con el 24.6%. De acuerdo a las lecturas revisadas, sí existe una asociación entre edad y enfermedad, sin embargo no es determinante, porque la DMT2 evoluciona paulatinamente, incluso previo diagnóstico. Por ello, concuerdo con los autores quienes revisan la prevalencia de diabetes y obesidad en México, después de la década de 1980.

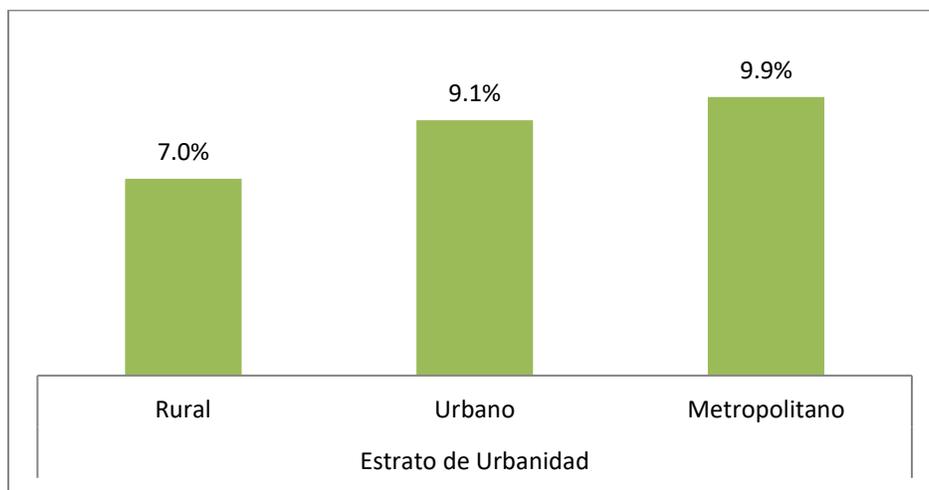
GRÁFICO 15 Prevalencia de diabetes por Cohorte de nacimiento



Fuente: Elaboración propia con datos ENSANUT (2012)

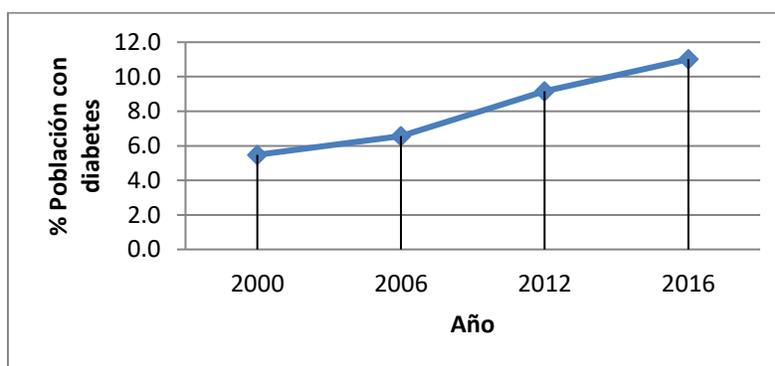
En esta edición de la encuesta (2012), incluyeron variables como la condición de urbanidad, así como el estrato urbano reportó mayor prevalencia de la enfermedad. Según la literatura expuesta, los hábitos alimenticios en la ciudad, son determinantes sociales que fomentan la evolución de la diabetes sobre la población. También, es un tipo de localidad en donde se concentran unidades médicas y familiares en mayor proporción que en zonas rurales.

GRÁFICO 16 Prevalencia de diabetes por Estrato de Urbanidad



En la ENSANUT 2016 se puede observar el gran contraste de prevalencias y de factores asociados con la diabetes. Existe un incremento acelerado en los casos reportados con diabetes desde el año 2000, así como sus diferencias entre sexo.

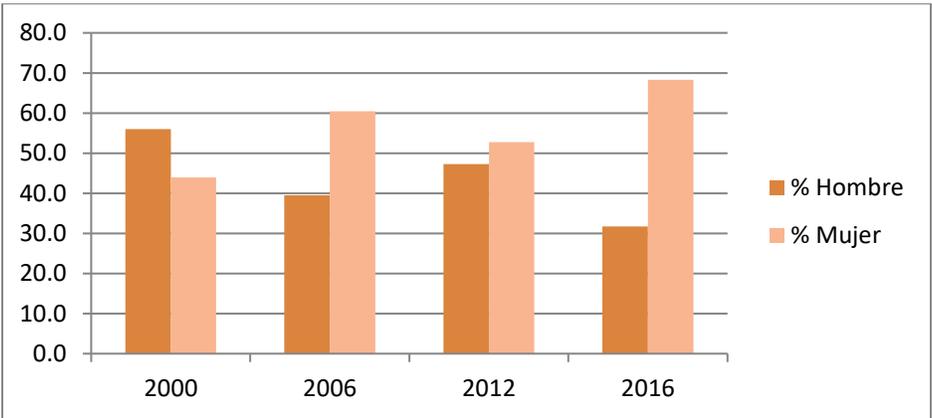
GRÁFICO 17 Aumento de prevalencia de diabetes



Fuente: Elaboración propia (ENSANUT 2000, 2006, 2012, 2016)

Los resultados reportan que existe un 9.4% de la población con diabetes. También es importante recalcar el contraste entre sexos. Puesto que de 2000 a 2006, las mujeres concentran mayor número de casos de DMT2

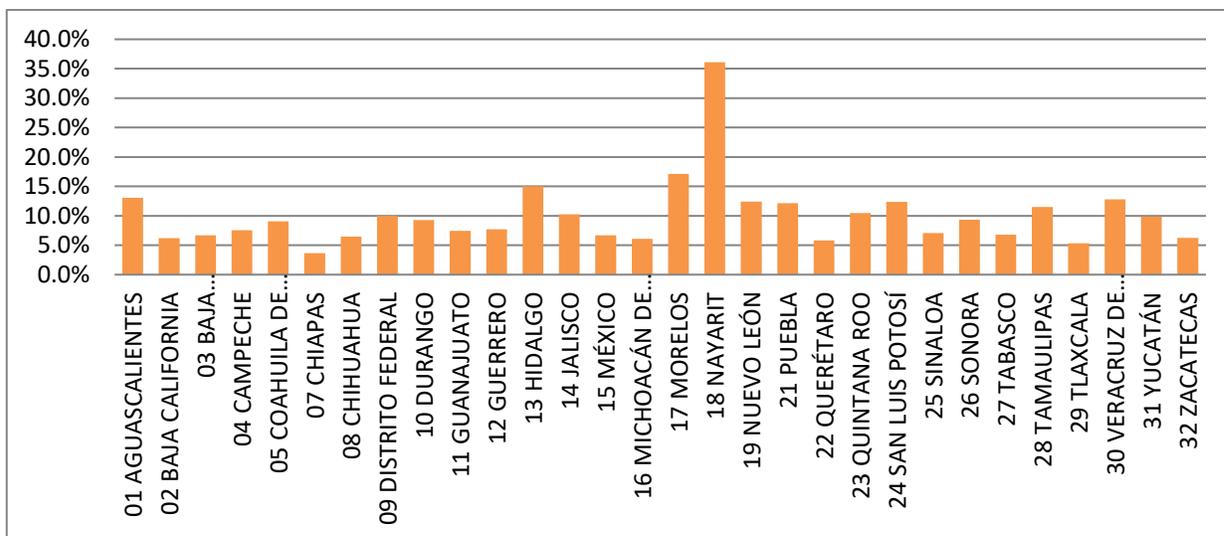
GRÁFICO 18 Aumento de prevalencia de diabetes por sexo



Fuente: Elaboración propia (ENSANUT 2000, 2006, 2012, 2016)

Al observar los casos por entidades federativas, destaca el pico que representa al estado de Nayarit con 36% de los casos sobre el total de personas diabéticas en el país. Caso contrario ocurrió con los estados de Nuevo León y la Ciudad de México, que siempre se mantenían en los porcentajes más altos de prevalencia, para este año de aplicación, disminuyeron su prevalencia de diabetes dos puntos porcentuales.

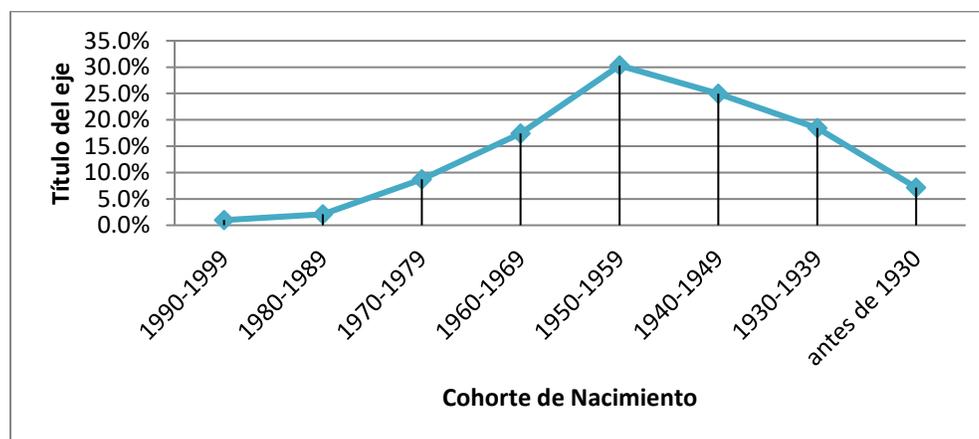
GRÁFICO 19 Prevalencia de diabetes por Entidad Federativa



Fuente: Elaboración propia con datos ENSANUT (2016)

El comportamiento de la prevalencia por cohortes de nacimiento, reporta un aumento considerable en personas con más de 60 años (nacidas en a lo largo de la década de los 50). El incremento es de cinco puntos porcentuales con respecto a la anterior aplicación de la encuesta —en donde la cohorte de nacimiento de la década de 1950 pasó del 25% al 30.3% en 2016 .

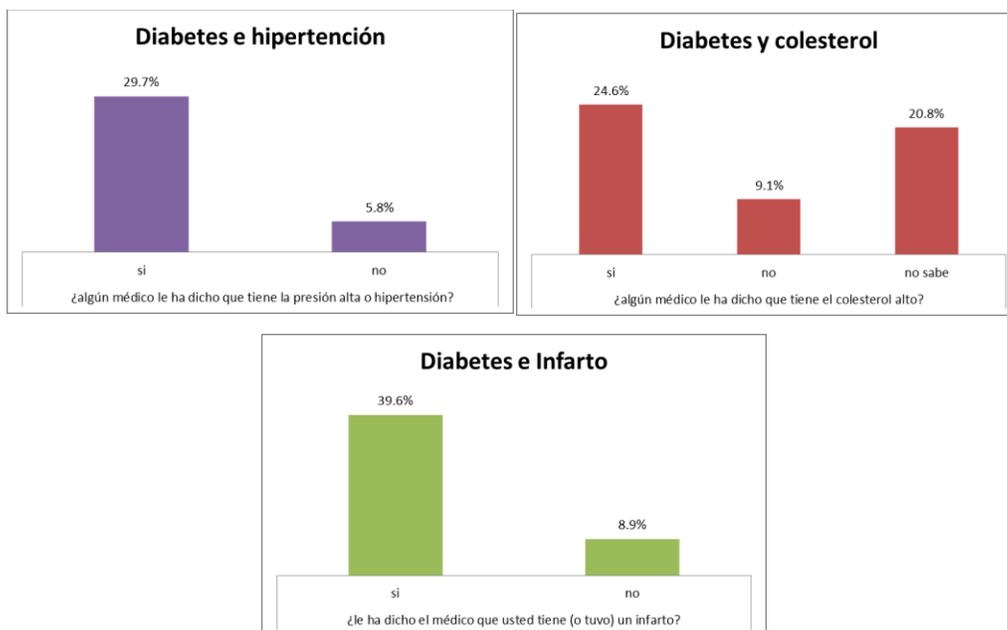
GRÁFICO 20 Prevalencia de diabetes por Entidad Federativa



Fuente: Elaboración propia con datos ENSANUT (2016)

Con relación a la comorbilidad, se captó información donde el 29% de las personas con diabetes padece hipertensión; 39% ha tenido por lo menos un infarto y; el 24% tiene problemas de colesterol alto en la sangre, principal causa de enfermedades coronarias.

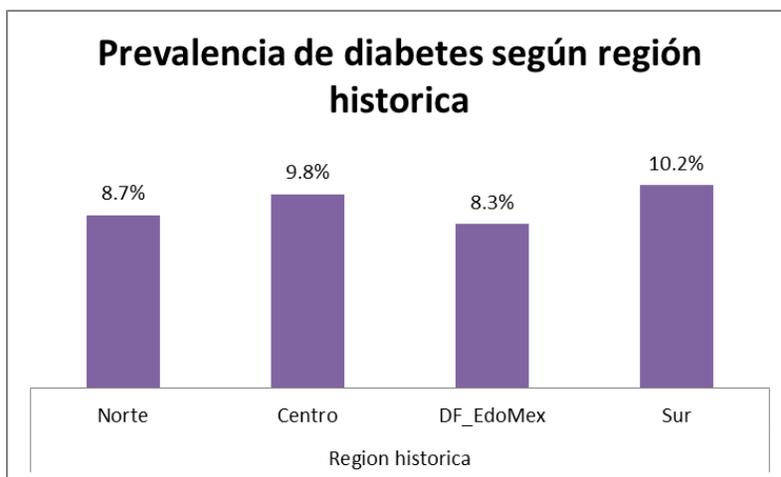
GRÁFICO 21 Prevalencia de diabetes y comorbilidad



Fuente: Elaboración propia con datos ENSANUT (2016)

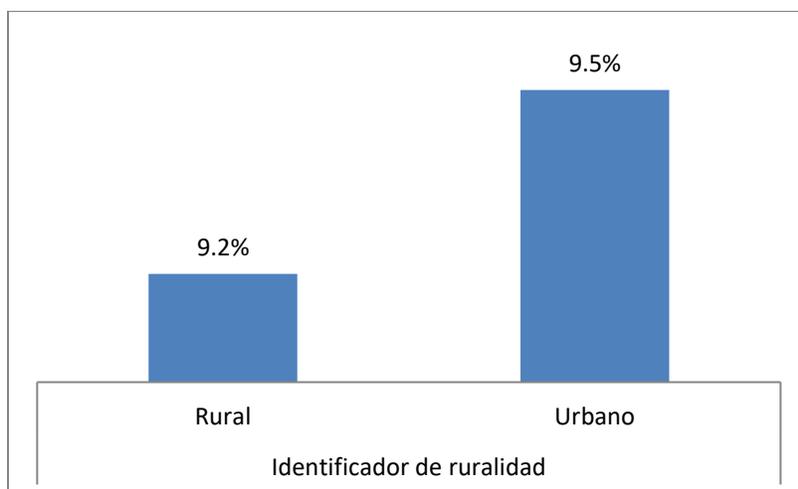
Por último, la distribución de casos diagnosticados para diabetes según regiones históricas y ruralidad que reporta la ENSANUT (2016). Las regiones se dividen en Norte, Centro, Zona Metropolitana y Sur. En la región norte, la prevalencia de diabetes es del 8.7%; en el centro, 9.8%; zona metropolitana 8.3% y; en la zona Sur 10.2 %. Por otro lado, en áreas rurales la prevalencia de se distribuye así: Rural 9.2% y Urbana 9.5%.

GRÁFICO 22 Prevalencia de diabetes por región histórica.



Fuente: Elaboración propia con datos ENSANUT (2016)

GRÁFICO 23. Prevalencia de diabetes por región histórica.



Fuente: Elaboración propia con datos ENSANUT (2016)

El aumento de casos reportados, así como las características demográficas de éstos, lleva a concluir que existe un acuerdo entre los estudios citados anteriormente. Sin embargo esta información carece de un posicionamiento histórico. Es curioso observar que los casos reportados con diabetes, se encuentran en una etapa adulta, no obstante al prestar atención a los años de nacimiento, nos cuestionamos sobre el contexto histórico donde ellos crecieron, aprendieron y construyeron hábitos/prácticas alimenticias que, según la literatura revisada, desembocó en el desarrollo de DMT2.

Cabe señalar que las personas mayores reportadas con diabetes, para cada año de aplicación, vivieron una época de cambios de políticas agrarias que, a la par del desarrollo de la industria alimenticia de ultraprocesados en México, modificó estilos de consumo alimenticio en las urbes del país.

1.5 Conclusiones

Hasta el momento se han revisado evidencias en la manera de abordar el tema relacionado con factores sociales como posibles predictores de riesgo para DMT2: nivel educativo, condición de urbanidad/ruralidad, antecedentes familiares con la enfermedad, nivel socioeconómico, etc. Por otro lado, al observar los casos reportados en el trabajo descriptivo de las 4 aplicaciones de la ENSANUT y prestar atención a las cohortes de nacimiento, es posible concluir que: aquellas personas mayores que reportaron tener diabetes, encarnaron los efectos de políticas alimentarias que intentaron subsanar los daños productivos de la crisis alimentaria en el país desde la década de los años 70.

Tras una breve descripción de la información que presenta la ENSANUT en las diferentes aplicaciones consultadas, observamos que los registros asociados con factores de riesgo, como el consumo de alcohol y tabaco, así como presencia de comorbilidades relacionadas a prácticas dañinas de alimentación, respaldan la evidencia tratada desde la perspectiva de la salud pública. Por otro lado, al contemplar el comportamiento de información por cohortes de nacimiento, en términos generales, vemos incrementos alarmantes para las generaciones nacidas después de la década de los 60s, porque se apunta que el colapso SAM y el consumo masivo de productos ultra procesados en el entorno, fueron las condiciones socio-

alimenticias de desarrollo en la etapa adulta para personas adultas mayores que hoy reportan DMT2.

Por su parte, reconocer las labores de políticas alimenticias orientadas a mitigar las desigualdades alimenticias en los sectores mas vulnerados, es vislumbrar una serie de consecuencias no previstas, por ejemplo, privilegiar sectores pecuarios sobre los productores agrícolas, anular obligaciones de control de calidad a evaluadores especializados, reducción de superficie cosechada, entre otras, cimentando las bases de producción y reproducción de la dieta moderna urbana. Este devenir histórico no es menor, pues constituyen el contexto social de aprendizaje alimentario de las personas mayores trabajadoras que hoy reportan DMT2 en la CDMX.

En la bibliografía revisada, aparece disociado el tiempo histórico de los efectos sobre la salud poblacional y las enfermedades crónicas. Aunque hay evidencia que trata el vínculo entre crisis productiva de alimentos y los efectos de salud poblacional por fallos en los programas de distribución de productos básicos en ciudades, la información es de corte transversal, al igual que los análisis.

No se descarta la riqueza de estas investigaciones, sin embargo, las objeciones por las que inicia esta tesis son: la evidencia científica en materia de salud pública 1) no muestran influencia del tiempo histórico en la vida de las personas y sus elecciones alimenticias; 2) otorga responsabilidad absoluta sobre los individuos y las consecuencias sobre su salud, sin contemplar que las opciones alimenticias disponibles en el mercado, son administradas por las dinámicas de comercio mundial; 3) omiten, en su mayoría, el momento de vida (timing) en el que diagnostican con DMT2 a las personas. Lo anterior indica que no se observa la acumulación de síntomas, dinámicas de consumo alimenticio previo al diagnóstico y durante el tratamiento, etc. Aunque se pone énfasis en resultados de riesgo estratificados por diversos predictores (educación, estado conyugal, migración, viudez, nivel socioeconómico), no se toma en cuenta que las condiciones a lo largo de la vida tienen un efecto acumulativo positivo o negativo sobre la salud de la población.

No es objetivo de este manuscrito descubrir los hilos negros de la influencia de las ciencias sociales sobre la ciencia de la salud pública, puesto que, el conocimiento interdisciplinario

relativo a la DMT2, en aplicación de estudios longitudinales, data de la década de los 90 en México. En estos análisis podemos encontrar el trabajo de Robles, L., & Mercado, F. J. (1993), quienes sugieren que el cuidado familiar de pacientes con DMT2 impacta positivamente en la adherencia del tratamiento médico.

Por lo que los apoyos permiten efectos positivos en el estado de salud, cumplimiento de tratamiento médico, provocando efectos diferenciados para mujeres y hombres. Por un lado, los apoyos figuran como un amortiguador de situaciones de estrés y, por otro, facilitan hábitos saludables —medicación, ejercicio y alimentación balanceada (Robles, L., & Mercado, F. J.; 1993, 334). Los resultados se desprenden de un seguimiento longitudinal en personas con DMT2 no insulino dependientes y los apoyos otorgados por familiares. Fueron 175 pacientes puestos a seguimiento experimental en grupos de educación en salud, teniendo un grupo control y otro de comparación. La integración de un familiar a los grupos educativos, fue parte de la experimentación, es decir, solo un grupo control no tenía el apoyo familiar y el comparativo sí. Así, observaron que la composición de redes de apoyo y cuidados familiares, impactaban favorablemente en la adherencia de tratamientos.

Robles, et al., (1995), retoman el desarrollo y cuidado de la persona enferma de DMT2, considerando que el apoyo principal proviene del seno familiar, incluso es el preferido entre los y las pacientes. Los cuidadores son designados de acuerdo al parentesco, es decir, en el cuidado de las personas mayores con DMT2, las cuidadoras primarias son las mujeres (cónyuge o hijas); en contraposición a los hijos, contemplados como última opción. El cuidado y los apoyos son brindados de acuerdo al sexo, dependiendo de la etapa de vida en la que se encuentren las personas enfermas (Robles, et al., 1995, 191). El estudio se llevó a cabo en Guadalajara a través de 121 casos de personas con DMT2 que acudieron a 11 clínicas del ISSSTE. Los resultados de esta investigación sugieren que existen diferencias estadísticas entre cuidadores primarios de acuerdo al sexo, edad, composición familiar y tipo de vivienda.

Gimeno, M. (2000), señala que al tener un miembro de la familia con alguna enfermedad crónica, se modifican las actividades familiares, puesto que implica una mayor carga económica para la cobertura de tratamientos, así como el aumento del aislamiento social, según sean las etapas o fases degenerativas. Por otro lado, surgen mecanismos tales como: negación de la realidad transitoria, proyección (búsqueda de culpables), autoculpabilidad,

regresión (regreso a las etapas anteriores por la nula asunción de emociones) y reparación. Es decir, existe un ciclo familiar a la par de la evolución de malestares (inicio, curso y fin). El ciclo tiene varios desarrollos: a) el progresivo (aumento de malestares a la severidad y adaptación familiar); b) Estabilidad en los síntomas y por lo tanto de los cuidados familiares; c) episódicos (cuando los síntomas aparecen y por lo tanto la familia entra en crisis); d) desenlace (cuando el familiar muere pero también depende de las conductas anticipatorias de la familia para prevenir crisis más profundas que puedan tener un mayor impacto en psicoemocional).

Mercado, et al., (1998), aportan un valioso análisis, pues señalan que un mismo padecimiento tiene diversas trayectorias. Las y los autores encontraron tres tipos de trayectorias: estables, oscilatorias y deteriorantes. Cada una contiene variaciones en malestares asociados a la enfermedad: 1) las trayectorias estables, notan cambios muy poco notorios, sin embargo asocia esta variación a que tienen ingresos por encima de lo considerado como pobreza para poder cumplir con tratamiento y alimentación. 2) Las trayectorias oscilatorias, son aquellas que tiene altibajos numerosos, entre estables y deteriorantes. 3) Las trayectorias deterioradas, donde presentan síntomas agudos, no solo de diabetes, también de hipertensión que han puesto en riesgo su vida, aun al asistir frecuentemente a las clínicas del ISSSTE. La constante en este estudio que hace posible las variaciones al interior de las trayectorias son el género y la pobreza de los participantes, puesto que este elemento permite la adquisición de tratamiento médico y capacidad de modificación alimenticia.

Por lo anterior, esta tesis tiene un enfoque retrospectivo que considera tres ejes teóricos y conceptuales (curso de vida, determinantes sociales de la salud y acumulación de ventajas y desventajas), para marcar la influencia del tiempo histórico en las personas; las desventajas encarnadas por los sujetos que tornaron a una vida con DMT2, así como observar qué determinantes sociales de la salud se expresan en las narraciones de las personas a entrevistadas; pero sobre todo, observar cómo las formas socioculturales de consumo alimenticio, fueron o no modificadas tras el diagnóstico de diabetes. Tener en cuenta estas objeciones, abre un panorama integrador entre salud y condiciones meso/micro sociales, gracias a la perspectiva teórica de Curso de Vida.

CAPITULO II

Determinantes sociales de la salud, desigualdades acumuladas y curso de vida.

El constante aumento en la prevalencia de DMT2 en mexicanos, destaca que las personas mayores (+60) y adultos de entre 40 y 50 años, reportan la mayoría de los casos positivos, por consiguiente, surge el siguiente cuestionamiento: *¿Por qué las personas adultas mayores modificaron sus prácticas alimenticias a lo largo de la vida y cuál fue el impacto en el proceso salud enfermedad?* Según la literatura revisada, los hábitos alimenticios en un ambiente urbano y sus variaciones, dependen de variables como género, antecedentes familiares, comorbilidad. Así, se posicionan como principales generadores de riesgo en el desarrollo de DMT2. El trabajo descriptivo realizado sobre la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, no permite, del todo, mostrar relación significativa entre estos determinantes sociales de la salud y las desigualdades/desventajas sociales acumulada. Por ello y para fines de esta investigación, abordarlo desde un enfoque teórico-metodológico de curso de vida, será necesario.

Los problemas inherentes a la DMT2 afectan en detrimento de la calidad de vida de las personas, a consecuencia de experimentar cambios políticos en el proceso de producción agroindustrial, que modificaron los “hábitos de consumo y alimentación” de una población. La información sobre los casos mexicanos reportados, son de corte transversal y nos brinda un instante en el tiempo sobre el comportamiento epidemiológico. Sin embargo, existen propuestas como las de Michael Marmot (2001), en donde la salud es un tema de acumulación de desigualdades que se manifiestan a lo largo de la vida. Al respecto, estas desigualdades se observan, entre otras manifestaciones, en la forma de alimentación por estrato socioeconómico, en periodos largos de tiempo, entre individuos y grupos sociales.

Tras un análisis descriptivo de las aplicaciones de la ENSANUT, la evidencia en torno al conocimiento de salud pública, otorga una capacidad observacional por segmentos a lo largo de la historia de las enfermedades en el país en los últimos 20 años. No obstante el alcance comprensivo y explicativo de la teoría del Curso de Vida, invita a construir evidencia retrospectiva que posicione, histórica y políticamente, los efectos de dinámicas estructurales en la salud de la población.

En el apartado anterior, desplegué una serie de características en el campo de políticas alimentarias, con el propósito de comprender el contexto de histórico nacional en el que las generaciones de personas adultas mayores desarrollaron sus trayectorias vitales. Situaciones como la dependencia alimentaria, la interrupción de funciones del Sistema Alimentario Mexicano y una crisis económica en puerta, son eventos que una generación vivió durante la vida adulta.

En este sentido, el enfoque de curso de vida sugiere comprender cómo el entorno político e histórico de México, manifiesta improntas en el surgimiento de desigualdades y desventajas alimentarias en sectores sociales vulnerables a través del tiempo, así como el impacto en la salud. A su vez, permite comprender el dinamismo de prácticas culturales en la alimentación (balanceada o no), pues es uno de los principales factores de riesgos para desarrollar DMT2.

Por ello, este apartado comienza con el desarrollo teórico conceptual de las Desigualdades Acumuladas y Determinantes Sociales de la Salud, con el objetivo de enarbolar herramientas explicativas que modelen trayectorias vitales y de alimentación. Como eje rector, la teoría del Curso de vida, impone una visión interdisciplinar que optimiza la integración de conocimientos en salud pública, conocimientos sociológicos y políticos, con consecuencias y efectos en la salud de la población adulta mayor de México. Finalmente, presento una aproximación para la construcción de trayectorias de elecciones alimentarias, con la meta de explicar cómo las desigualdades en la alimentación tienen un proceso acumulativo negativo, sujeto a fuerzas sociales, políticas y culturales

2.1 Desigualdades acumuladas y determinantes sociales

Las desigualdades observadas desde la nutrición, pueden dar cuenta de la forma en la que se acumulan riesgos desde etapas tempranas de la vida. Marmot, (2001) observa la relación entre nutrición y pobreza, cuando expone una distribución de calorías consumidas en la población de Inglaterra y Francia a finales del siglo XVIII. Reconoce que el 10% de la población no consumía las calorías necesarias diarias, en un sector de la población desempleado y, por lo tanto, sin ingresos para comprar comida. Esto, aumentaba su propensión al riesgo de contraer una enfermedad infecciosa. El autor aborda, la importancia de considerar la nutrición como un elemento determinante en el riesgo de contraer una

enfermedad. Menciona que un reporte de muertes en el año 1901 en Nueva York, el mayor número de muertes ocurría en sectores poblacionales pobres. Esto es evidencia del concepto conocido como **gradiente social**, donde una enfermedad causa más muertes, en algún momento de la historia y ocurre sobre algún grupo poblacional en particular, haciendo visible un **síndrome de estatus**. Hoy en día, las principales causas de muerte en el mundo, son las enfermedades coronarias, a consecuencia del consumo de grasas saturadas a lo largo de la vida.

La nutrición en etapas tempranas de vida, define mayor o menor riesgo para desarrollar una enfermedad en la vida posterior (Marmot; 2009). La nutrición en la vida temprana comienza desde el periodo de gestación —es decir, desde la forma en que se nutre una futura madre— condiciona y programa algunas de las funciones metabólicas del embrión. Esto, tiene relación directa con el gradiente social en la vida adulta (Marmot, 2009), porque la frecuencia de consumo de algunos alimentos, como frutas y verduras, varían según la ocupación, país, etc., así como las diferencias procesos de salud/enfermedad.

Los determinantes sociales de la salud permiten comprender los efectos en la salud del entorno social en diferentes niveles. Esta propuesta (Solar, O., & Irwin, A., 2010) tiene el principal objetivo de promover condiciones igualitarias de salud entre grupos sociales, a través de la visibilización de la intervención gubernamental, al resguardo del bienestar social, así como de una participación empoderada de comunidades en favor de los derechos sobre la salud y alimentación.

Los modelos teórico-conceptuales desde la perspectiva de determinantes sociales de la salud (DSS) son (Solar, O., & Irwin, A., 2010): A) aproximaciones psicológicas, b) economía política de la salud, c) marcos eco-sociales y otros marcos multinivel. Por otro lado, los elementos teóricos que exponen los DSS son: 1) la movilidad social, 2) causalidades sociales y 3) perspectivas del curso de vida. Una de las vetas que promueve la igualdad entre derechos de la salud son las teorías del empoderamiento o repartición del poder, que fomentan una acción colectiva en la vigilancia de estos derechos. Así, los cambios en la distribución del poder, pueden aminorar el impacto de efectos en la salud. Al tener en cuenta esto, la posición social, así como la cobertura de políticas alimentarias, imperan además, los mecanismos de desigualdades acumuladas en la salud, debido al impacto estratificado dentro de una

población. Estos efectos dependen de: 1) el contexto social (el contexto asigna diferentes posiciones sociales); 2) Estratificación social (genera riesgos diferenciados sobre la salud) y; 3) el impacto en la salud diferenciado.

Estos determinantes refuerzan la idea de una división de clases sociales, que definen su posición jerárquicamente con un supuesto de poder estratificado (Solar, O., & Irwin, A., 2010). Los indicadores que dan cuenta de determinantes estructurales y sus diferencias entre estratos son: educación, ocupación, clase social, género y etnicidad. La forma en que operan estos determinantes estructurales, es a través de determinantes intermediarios: 1) condiciones materiales de vida (calidad de vecindario, condiciones de trabajo), 2) circunstancias psicológicas (estrés, apoyos, resiliencia), 3) factores ambientales y biológicos (nutrición, actividad física, consumo de alcohol y tabaco, factores genéticos), y 4) el sistema de salud público (acceso a la salud, exposición al riesgo y comportamiento de la morbilidad).

Los DSS ofrecen un panorama de causas sociales y su impacto en la población. Como ejemplo, la idea de **gradiente social** (Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R.; 2011), da una pista en la que indicadores como el ingreso, la educación y la ocupación, muestran influencia relativamente directa sobre la salud psicológica, la salud relacionada con el ambiente, entre otros. El artículo hace referencia a la necesidad de integrar a los DSS, factores como recursos económicos, educación y discriminación racial. Es decir, ponen sobre la mesa la importancia de incluir la perspectiva del curso de vida, en la comprensión de algunos determinantes sociales poco explorados, con el fin de detectar patrones de vida, a través de bases de datos longitudinales, así, observar el comportamiento de las enfermedades a través del tiempo e impactos diferenciados.

Las desigualdades a lo largo de la vida, junto con la estratificación social, afecta negativamente en la salud de las personas mayores y su calidad de vida. Al respecto Botero de Mejía, B. E., & Pico Merchán, M. E. (2007), aborda un escenario descriptivo del comportamiento poblacional de mayores de 65 años en Colombia. En este sector existen inequidades, asimetría política y exclusión social. Según los estudios realizados entre calidad de vida y vejez, relacionaron morbilidad y esperanza de vida, asegurando que se desconocen los vínculos entre calidad de vida y apoyos sociales, protección social y servicios de salud. Explica cómo el concepto de calidad de vida nace en 1964 y fue utilizado por Lyndon Jonson

para exponer planes de salud, pero fue popularizado en los años 50 en diversos estudios que emanaban de la crisis económica que había dejado la segunda guerra mundial. Asegura que la calidad de vida es reflejo de la calidad del envejecimiento apegadas a marcos socioculturales, en donde interactúan características individuales y del entorno. Esta interacción, crea percepciones subjetivas, por lo que la percepción de calidad de vida se traduce como aspiraciones y sentimientos positivos o negativos. El estudio de enfermedades crónico degenerativas ha incluido otros factores que, no necesariamente son morbilidad, mortalidad y esperanza de vida. Por lo que hacen énfasis en incluir percepciones de salud de los pacientes y cómo impactan en la calidad de vida en la salud.

La importancia de estudiar la *acumulación*, como un conjunto de características, síntomas, ventajas, desventajas sociales a lo largo de la vida de los individuos, revela patrones que estructuran estados de diferenciación dentro de la sociedad. Ferraro y Morton (2016) proponen un marco conceptual interdisciplinario para soldar algunos problemas conceptuales que presenta el término “acumulación”. Uno de los grandes problemas de este término es su versatilidad para la que se emplea, sea en el campo de la gerontología, epidemiología, entre otros. Al utilizar el término *acumulación*, se pretende desarrollar teorías del envejecimiento con perspectiva de curso de vida y construir un faro interdisciplinario/multinivel aplicado lo largo del tiempo. La *acumulación* es un proceso que agrupa objetos, síntomas, circunstancias, deseables o no, dentro de los temas de interés de cada investigación.

Ferraro y Morton (2016) ofrecen una tipología del concepto para comprender la *acumulación*. En primer término se encuentra 1) objeto de *acumulación* (fenómenos de interés a estudiar en este caso síntomas de DMT2; 1.1) origen (qué origina la *acumulación*: nutrición); 1.2) Presunta variación (*acumulación* sujeta a tiempo de exposición, origen y momento de exposición a riesgos); 1.3 Dominios (factores asociados a la *acumulación*: riqueza, educación, salud); 1.4 Recurrencia (frecuencia en la que ocurre un evento *acumulado*); 1.5 Inicio (primera vez en experimentar un evento); 1.6 Duración (tiempo de exposición); 1.7 Ritmo (cuántas veces experimento un evento). 2. Umbrales de *acumulación*: es necesario observar variación del fenómeno *acumulado*, puesto que no son procesos lineales 2.2 Agregados (nuevo elemento creado por reunión *acumulada* de otros elementos). 3 Desacumulaciones: Capacidad que tienen las personas para revertir *acumulaciones* benéficas

o malas con tres efectos: ralentización, detenimiento o reversión. 4. Nivel de acumulación: qué tanto se ha acumulado y bajo qué factores a nivel individual o colectivo. 5. Consecuencias de acumulación que pueden ser internas o externas al propio individuo/entorno.

Para realizar los análisis correspondientes a este proyecto de tesis, se contempla observar el fenómeno a un nivel de determinantes intermedios. Los estudios de Michael Marmot (1997, 2001, 2005) con relación a estos determinantes intermedios (socioeconómicos) han encontrado que el estatus social influye en la prevalencia de enfermedades, aparición temprana de síntomas y acumulación. De esta manera se encuentran directamente vinculadas las condiciones materiales de vida y la probabilidad de tener un nivel de calidad de vida en la salud (Marmot, 2005).

Buyken y colegas (2010) observaron que poblaciones con DMT2, están significativamente relacionadas a factores como diabetes gestacional, bajo peso al nacer y sobrepeso. No obstante, aportan un elemento clave en la comprensión del fenómeno socio-epidemiológico de la DMT2, esto es la *programación alimentaria*. Este concepto hace hincapié en que la alimentación y cómo nos alimentamos tiene sus orígenes desde la infancia, y por supuesto, desde un periodo gestacional. Sugieren que: según sea la alimentación de la madre, es el tipo de programación nutricional a la que estarán condicionados (mas no determinados). No obstante, esta programación, considero, no debe estar sujeta del todo a las decisiones alimentarias de la futura madre, si no en complemento, con las condiciones materiales de la vida que el entorno social provee y construye, con el propósito de cuestionar cualquier evidencia que aisle las decisiones individuales de una estructura social.

En este documento, Buyken y colegas, (2010) recopilan información sobre las dietas más benéficas en el proceso de prevención de DMT2, principalmente, en algunos países europeos y Estados Unidos. Destacan que las dietas bajas en carbohidratos y grasas, serán en la segunda década del siglo XXI, un tanto obsoletas, puesto que dejan la importancia de realizar actividades físicas en la vida diaria. Sugieren un plan de dieta alto en carbohidratos de alta calidad (alimentos no ultra procesados) y bajo en grasas, más una actividad física diaria. La propuesta analítica argumenta que el consumo de carbohidratos y grasas depende del momento en la vida de las persona, por ejemplo, la presencia del mayor consumo de grasas

es en la adolescencia. Los hábitos alimenticios en esta etapa de la vida, pueden deteriorar la salud en la adultez y vejez, aumentando la probabilidad de desarrollo de DMT2.

Kohler y Soldo (2005) investigaron las características de las condiciones de primera infancia y estratos socioeconómicos con relación a la salud, así como las consecuencias en la vida media (adultez) y la vida posterior (vejez) en mexicanos. En particular, observaron la propensión de riesgo a desarrollar DMTT2 en escenarios socioeconómicos precarios de la primera infancia (antes de los 10 años cumplidos), recurrencia a enfermedades infecciosas, educación de los padres y género. Con información del Mexican Health and Aging Study (MHAS), concluyeron que la educación de la madre influye en el desarrollo de riesgos para desarrollar diabetes gestacional y posteriormente, alguna resistencia a la insulina en el recién nacido.

Al respecto, un análisis de Maty y colegas (2008), sugieren la asociación entre las condiciones socioeconómicas de la niñez y el desarrollo de DMT2 en adultos. Observan que las desventajas en la niñez y la acumulación de éstas, impactan en la mortalidad, estado físico de adultos y salud mental. Las condiciones socioeconómicas en la niñez en el proceso salud/enfermedad durante la adultez, síndrome metabólico, resistencia a la insulina, altos niveles de glucosa en sangre, aunque esta última asociación varía de estudio a estudio, como de nación en nación. Sin embargo, es una tendencia asociar condiciones socioeconómicas precarias con enfermedades cardiovasculares. En este análisis se encuentra que el estrato socioeconómico es un importante predictor para la incidencia de DMT2, poniendo especial énfasis en mujeres, junto con variables como etnicidad y estructura corporal. Los resultados significativos de este estudio indican que las mujeres son quienes tienen mayor probabilidad de desarrollar diabetes debido a las desventajas acumuladas desde la niñez en relación al estrato social, raza y sobrepeso.

Steyn y colegas (2004) estudiaron la relación entre la resistencia a la insulina (factor genético) y factores del entorno. Por un lado, los factores genéticos serán condicionados por la alimentación de la madre y desarrollo embrionario a partir del tercer trimestre de embarazo. Más que a las condiciones de desarrollo embrionario, los autores sugieren que los estilos de vida pueden influenciar en el desarrollo de DMT2. Al reunir evidencia del Finnish Diabetes Prevention Study, US Diabetes Prevention Program, Da Qing Study; Pima Indian Study;

Iowa Women's Health Study; y el estudio de US Male Physicians, concluyen que no necesariamente, una alimentación precaria, determinará desde la primer infancia, el desarrollo de diabetes en adultos, sino que serán los estilos de vida elegidos a lo largo de los años, que darán forma a las propensiones de riesgo de esta enfermedad.

McErny et al., (2008) realizan un análisis longitudinal para averiguar la propensión a desarrollar DMT2 en adultos mayores puertorriqueños, teniendo en consideración las condiciones prenatales (anomalías cardiovasculares o resistencia a la insulina) a las que estuvieron expuestos. Las asociaciones fueron no significantes en aquellos que no presentaban antecedentes familiares para estas dos enfermedades. Existieron diferencias significativas entre el primer y último trimestre de gestación. Pese a no existir patrones determinantes en la población estudio, concluyeron que es imperante continuar gestionando análisis longitudinales de personas mayores.

En la investigación titulada: Early Life Origins of Insulin Resistance and Type 2 Diabetes in India and Other Asian Countries de Yainik (2004), analiza el fenómeno de la epidemia de DMT2 en India. La premisa central es que a razón de las transiciones demográficas y alimentarias, los niños nacen con alto/bajo peso al nacer y desarrollan mayor o menor probabilidad de acumular grasa corporal y visceral, lo que en consecuencia, desembocaría en DMT2. Gracias a la perspectiva de curso de vida, este análisis localiza que la resistencia a la insulina y la DMT2, es consecuencia de factores genéticos y del entorno, esto se manifiesta en la cantidad de tejido adiposo acumulado y crecimiento acelerado de los embriones. Por su parte, la composición corporal de los padres (factor genético), así como el entorno (condición de ruralidad/urbanidad) determinarán las fisiopatologías que pueda presentar un sujeto en la infancia. De tal forma que, en condiciones urbanas, la probabilidad de tener una resistencia a la insulina crece, según la composición corporal, sobrealimentación y sedentarismo de los padres lo es —porque existe un aprendizaje de estilos de vida y consumo— caso contrario en ambientes rurales.

Por su parte, Hernan et al., (2014) ponen especial énfasis en la inclusión de la nutrición en las perspectivas que realizan investigación alrededor de esta enfermedad. Por un lado, retoma el modelo teórico de curso de vida para construir un esquema analítico, en donde la interacción entre nutrición, equidad/desigualdad y entorno social, se manifiestan a lo largo

de la vida de las personas. Es en la nutrición y su vínculo con el entorno social, el principal componente de prevención de enfermedades cardiovasculares y metabólicas. De esta manera, las condiciones de vida previas a la vejez (así como generaciones enteras), explican el comportamiento de una población enferma. Así, reconocen que: A) las exposiciones a cierto tipo de nutrición, serán preámbulo de la salud posterior; B) las trayectorias de salud/enfermedad serán afectadas según sea la etapa de vida (niñez, adolescencia, etc.); C) Las desigualdades en la salud, reflejan más que consecuencias genéticas y elección personal y; D) el entorno influye en la posibilidad de ser una persona saludable. Muestran cómo es que la inseguridad alimentaria en hogares de EUA, ha deteriorado la salud de generaciones enteras en este país, mostrando evidencia en el bajo crecimiento de personas durante su adolescencia, bajo rendimiento escolar y bajo consumo de frutas y vegetales. El puente entre nutrición y entorno se ven reflejados en un nivel macro, porque expresa acceso y distribución de alimentos sanos, así las elecciones individuales pueden inclinarse por una alimentación balanceada. Los autores lo denominan “macro-ambiente nutricional”. Es decir, si existen políticas públicas que difundan las múltiples opciones saludables y formas de alimentarse, éstas forman parte del macro-ambiente nutricional.

Los DSS, así como el marco de la acumulación de desigualdades, conducen a construir una síntesis de conocimiento bajo los lentes teóricos del Curso de Vida de personas mayores que experimentan el tránsito de una enfermedad a otra, pero también de cómo éstos construyen socialmente ciertos “hábitos alimenticios” con el propósito de reducir efectos fisiopatológicos a causa del desarrollo de DM2. Por un lado, DSS son una serie de causas externas que moldean o condicionan las acciones y elecciones de los sujetos en un lapso. Al entablar un vínculo con la propuesta que ofrece Ferraro y Morton (2016), podemos plantearnos una serie de causas acumuladas a lo largo del tiempo, sujetas a un marco histórico construido, a crisis económicas, dinámicas políticas con implicaciones en la salud de una población. No es lo mismo acumular un riesgo de irritación en los ojos por pasar las vacaciones en una ciudad extremadamente contaminada, en comparación con desarrollar, además de irritación en ojos, problemas respiratorios, por vivir más 30 años en esa misma ciudad. Es decir, plantear múltiples causas de enfermedad dependiendo del periodo de exposición a cierto riesgo moldeará trayectorias vitales y de salud en una población.

2.2 Curso de vida. Ejes analíticos y principios.

El curso de vida como perspectiva teórico-conceptual nace como una visión holística que involucra la interacción de tres niveles explicativos en la investigación social (macro-meso-micro). Este enfoque busca observar cómo los cambios políticos, sociales, económicos, demográficos, configuran las vidas individuales de las personas en grupos de cohortes o generaciones (Blanco, 2011).

Para esta perspectiva, un punto crucial a integrar es el concepto del tiempo, como un elemento en el que se observan procesos socio-históricos que entrelazan trayectorias de vida, en ámbitos laborales, conyugales, migración, entre otras (Blanco, 2011). Para la elaboración de estos estudios, es indispensable contar con información longitudinal, cuantitativa y cualitativa. En la presente tesis, se trabajó con información cualitativa que rescata relatos de vida que muestran los efectos de las desventajas sociales dinámicas (Fitoussi & Rosanvallon, 1997), producto de las coyunturas histórico-políticas, al interior de las diversas trayectorias vitales. De esta manera, contemplo los factores socio-históricos y políticos que moldearon elecciones de consumo alimenticio, así como las variaciones en la vida posterior.

El Curso de Vida desprende su riqueza de los estudios demográficos realizados después de la Segunda Guerra Mundial, con los que se analizó el impacto de grandes fenómenos sociales en cohortes o generaciones que experimentaron un evento, así como su efecto a través del tiempo (Blanco, 2011). La perspectiva, aporta, explicativamente, la vinculación individuo/sociedad, a través de cadenas causales manifiestas en las trayectorias de vidas individuales a lo largo del tiempo. Por ello, los DSS, fungen como eslabones contextuales dinámicos en las trayectorias de salud de personas, dependiendo las desigualdades sociales, grado de exposición a la enfermedad, riesgos, alimentación, momento o etapa de vida, etc. Así, este contexto influye en mayor o menor medida en las decisiones de los sujetos con DMT2.

El curso de vida nace como una visión interdisciplinaria. En su origen, integra perspectivas sociológicas, demográficas, históricas y psicológicas (O’Rand, 1998 en Blanco, 2011). Por una parte, se encuentran los estudios de cohorte que mostraban patrones de comportamiento poblacional ante un evento y manifestaban un cambio en las trayectorias individuales; por

otro, el análisis de biografías dentro de una cohorte que otorgan un panorama variable en la vida de los sujetos, es decir, la variaciones dentro de un mismo patrón de comportamiento poblacional.

No es hasta la década de los años 70's del siglo XX que Glen Elder y Tamara Harevent consolidan la perspectiva teórica, integrando aportes sociológicos e históricos (Blanco, 2011). Este marco teórico propuesto por Elder conjuga diversas teorías y metodologías, tales como el estudio de cohortes de la demografía, el análisis de edad por estatus de la sociología y el cambio histórico contextual, (Blanco, 2011). Cabe mencionar que en su obra *Children of the Great Depression*, Elder aplica estos aportes para analizar de forma longitudinal, el comportamiento de jóvenes estudiantes de secundaria en los años 30 hasta dar seguimiento entre los años 40 y 50 (Blanco,2011). Este estudio le permitió comprender el nexo entre edad, sexo, trabajo y familia en el impacto de trayectorias vitales. Es decir, observó un comportamiento diferenciado en las trayectorias de vida entre hombres y mujeres, según su ocupación y actividades dentro de la familia poniendo énfasis en la dimensión temporal e histórica.

Para comprender más a fondo el esquema analítico bajo el que opera el Curso de Vida se escribieron los siguientes principios o axiomas (Blanco, 2011):

- 1) *Desarrollo a lo largo del tiempo*
- 2) *Tiempo y Lugar*
- 3) *Timing*
- 4) *Vidas interconectadas*
- 5) *Agencia*

El principio de *desarrollo a lo largo del tiempo*, implica la necesidad de observar el comportamiento y cambio en la vida de los sujetos con relación al tiempo, puesto que solo a través de éste, podremos observar relaciones importantes entre el cambio social y desarrollo individual. Apunta sustancialmente al estudio de la vida de las personas en constante transformación. El uso de información longitudinal para el estudio de la vejez es un recurso necesario que hace visible los procesos de adaptación y transformación a en el curso de vida (Elder et.al, 2003).

El principio de *tiempo y lugar*, indica una relación contextual e histórica, que moldea o configura el curso de vida de los individuos y cohortes de nacimiento (Elder, et al., 2003), es decir, reconoce la influencia de una dimensión espacio-temporal que modela un comportamiento diferenciado y situado en un espacio y temporalidad en constante cambio. Se ha observado hasta el momento, los cambios históricos y de producción transitoria de alimentos en México, que dan contexto a las características de alimentación de una población y sus implicaciones en el desarrollo de DMT2. Este principio puede explicar la diferencia por cohortes de nacimiento que, a pesar de experimentar una transformación en la manera de alimentación al interior de un mismo país, no se vive de la misma manera al norte de México (donde existe una alimentación alta en cárnicos y con prevalencias altas de enfermedades coronarias) con respecto de la región Central (donde la alimentación se rige por consumo de ultra procesados y prevalencia de enfermedades metabólicas).

El *timing*, es uno de los principales componentes del curso de vida y las implicaciones del contexto socio-historico tienen sobre las vidas individuales. Este axioma hace referencia al momento o etapa de vida (primera infancia, niñez, adultez, vejez) en donde los sujetos experimentan un evento, transiciones o patrones de comportamiento en particular (Elder, et.al, 2003). Por evento se comprende aquel acontecimiento que puede modificar una trayectoria vital, puede ser contextual (crisis económica, desastres naturales, conflictos armados, etc.) o individual, como también una enfermedad. Por ejemplo, dependiendo del momento de vida en la que se experimente un diagnóstico para DMT2, los cuidados y tratamientos que una persona siga, variarán de acuerdo al grado de riesgo que experimente por desarrollar DMT2 en la vejez. Es decir, es probable que a una persona diagnosticada con esta enfermedad a los 40 años, no tendrá el mismo efecto de cambios en la dieta, en comparación con alguien que nació con una resistencia a la insulina. En otras palabras, las consecuencias de experimentar un evento también dependen de la etapa de vida en la que se encuentre. Así, acumulará síntomas, ventajas o desventajas frente al tratamiento.

El principio de *vidas interconectadas* refiere a las relaciones sociales, como producto de la interrelación con el contexto histórico, que moldean las trayectorias o transiciones de los individuos (Elder en Blanco, 2011). En otras palabras, ve la interdependencia entre las trayectorias de vida con respecto a otras, en el marco de algún evento experimentado (Elder,

et al., 2003). Por ejemplo, una persona que ha desarrollado una trayectoria conyugal iniciada a temprana edad, en un contexto donde se suelen contraer nupcias antes de los 20 años cumplidos, infiere que ha decidido casarse dentro de los parámetros socialmente aceptados; caso contrario ocurriría con aquellos que no lo han hecho y postergaron esa decisión después de los 40 años cumplidos. Al tratarse de enfermedades, existen ciertos patrones que desprenden estereotipos relacionados con la vejez, por ejemplo, el Alzheimer, es caracterizado como una enfermedad degenerativa propia de los adultos mayores. Sin embargo, la explicación que ofrece el curso de vida, visualiza el proceso y no la consecuencia final.

El principio de *agencia*, da libertad a los sujetos inmersos en una estructura social. Surge de la discusión en la que individuos, pese a que están determinados por un contexto, tienen libre elección dentro de parámetros socialmente delimitados. En otras palabras, tienen elección sobre sí mismos, no son actores pasivos dentro de una estructura social e histórica construida (Elder, et.al, 2003). Esta es la razón por la que indagar en la transición alimenticia de pacientes con DMT2 es interesante, porque los sujetos, pese a ser diagnosticados con dicha enfermedad, deciden cambiar su alimentación o continuar con el mismo patrón de consumo aprendido durante su toda su vida, a riesgo de empeorar o ralentizar su sintomatología. Sus decisiones están y estuvieron atadas a las fuerzas sociales, en el aprendizaje de prácticas culturales de alimentación en la ciudad. No obstante, por efecto de *agencia*, como una acción reflexiva en la consciencia de los sujetos, pueden minimizar los efectos degenerativos de su padecimiento, re-aprendiendo un marco consumo alimenticio saludable.

Estos principios/axiomas rigen la forma de investigar con perspectiva de curso de vida, aplicados a tres ejes analíticos. Estos son:

- 1) Trayectorias: consiste en la observación de lapsos en años persona de experimentación de series de eventos. Cada trayectoria posee un inicio, una frecuencia (número de veces que experimenta un mismo evento), una latencia (cuánto tiempo experimenta un evento) y un final. El conjunto de diversas trayectorias (laboral, conyugal, migratoria, etc.) es el curso de vida de cada persona.

- 2) Transición: se refiere a experimentar un evento de un punto A → B. En otras palabras, este eje analítico considera la interrupción, fin o inicio de una nueva trayectoria. Por ejemplo, la experiencia de la maternidad, el paso de ser estudiante a empleado, o de estar sano a estar enfermo. Debe contemplarse que una transición puede dar origen a una nueva trayectoria vital.
- 3) Turnning Point: es considerado como un evento de tal importancia para el sujeto que lo experimenta que, debido a la carga significativa y valor que se le otorga, puede interrumpir, iniciar o culminar una trayectoria (Elder, et al., 2003). Por ejemplo, el embarazo adolescente, es un problema que, a grandes rasgos y en situaciones de vulnerabilidad, trunca trayectorias educativas de quienes resulten embarazadas e iniciar una trayectoria de paternidad y/o maternidad, así como el inicio de una trayectoria laboral. El turnning point es la importancia interpretada del evento experimentado, puesto que los efectos de éste, serán sujetos al momento de etapa de vida. Es decir, no dará el mismo significado una persona que tenga un hijo a los 14 años, en comparación con otra que decida transitar a la paternidad y maternidad con 40 años de edad.

El curso de vida es una forma de explicar y describir la temporalidad de la vida, así como las características de la estructura social (Kohli, 2007). Nos permite comprender la interacción micro/macro sociológica, por medio del estudio de vidas individuales y sus transformaciones a través del tiempo. El gran aporte del curso de vida ha sido ver más allá de un estado de diferenciado en patrones poblacionales, pues al incluir análisis de biografías, crea y explica normativas del comportamiento por edades, dependientes de un marco cultural, espacial e histórico (Kohli, 2007).

Esta propuesta otorga la capacidad de ver el tiempo de vida construida a partir de transiciones colectivas (Kohli, 2007). Aunque ese es uno de los objetivos de las investigaciones que aplican esta perspectiva teórica, los resultados de estudios han encontrado comportamientos diferenciados y heterogéneos. Las heterogeneidades muestran la agenda futura de escenarios políticos y conflictos sociales como consecuencia de desigualdades sociales. Por ejemplo considerando el género y cómo éste hace visible diferencias entre hombres y mujeres con respecto a sus trayectorias de vida, encontramos que, de acuerdo a la ocupación y empleo

en mujeres, las trayectorias muestran empleos temporales a diferencia de los hombres (con empleos fijos). Además de la percepción de menores ingresos, ocupación de trabajo doméstico, menor movilidad ascendente, entre otros (Kohli, 2007). Los casos abordados en este trabajo de tesis, hablan del curso de enfermedad, pero también, de formas interpretativas sobre elementos normativos en la carga del trabajo de las mujeres (Allmendinger, 1994; Frericks y Mayer, 2008 en Kohli, 2007). Observar las desigualdades que el entorno social construye, a través del estudio de las vidas colectivas, su expresión en la individualidad y momento histórico, es objetivo de este trabajo de tesis, contemplando el eje salud y el eje nutrición.

2.3 Curso de vida y trayectorias de elección alimentaria.

Al contemplar el eje nutrición/alimentación, en la bibliografía revisada, encontramos que el nivel socioeconómico, en relación a los productos consumidos, son medidos y relacionados, de acuerdo a la cantidad de ingesta calórica por sectores sociales (White, 2015). Un punto crucial para cuestionar las enfermedades metabólicas relacionadas con el concepto “hábitos alimenticios”, así como el papel que juegan en la formación de trayectorias vitales de las personas mayores con DMT2, es observarlas desde un concepto de *trayectorias de elecciones alimentarias*, en donde podremos revisar el impacto de las desigualdades dinámicas y determinantes de las practicas alimenticias.

Sin embargo, el objetivo principal de esta teoría de alcance intermedio supone los siguientes axiomas, desprendidos de la teoría del Curso de Vida (Deveni, 2005). Por un lado, pretende retomar tres marcos de referencia: el temporal, el social y el histórico. Estos tres ejes son los que moldean las decisiones cotidianas de los individuos inmersos en una elección alimentaria.

Bajo estos tres ejes, la elección de alimentos depende de la cercanía y acceso de productos, de acuerdo a clases sociales, condición de etnicidad y género (Denevi, 2005). Por su parte, el contexto histórico es una categoría que engloba a las elecciones, dentro del tiempo histórico, condicionando las tendencias sociales, económicas y de políticas públicas en la promoción de alimentos, tipos de alimentación y consumo.

En este punto, la propuesta de Denevi, frente a las posturas psicológicas de elección de alimentos (Gibbson,2006; Yeomans,2006), sugiere interpretaciones transversalmente electivas. Aunque son muy útiles sus aportes, la visión de Denevi (2005) concreta la movilidad de múltiples formas de elección a lo largo de la vida, puesto una elección es el cúmulo de aprendizajes alrededor de los alimentos, de acuerdo a la cercanía, territorio, sociedad, cultura, etc. Esta visión nos permite comprender, cómo la alimentación y, en general, los hábitos alimenticios son producto de una serie acumulada de ventajas o desventajas evaluadas por los individuos, partiendo de una interacción social que permite o no, transitar a una alimentación balanceada, en favor de la ralentización de síntomas y malestares que la DMT2 causa en las personas mayores.

Cabe destacar que para el estudio la salud y vejez, existen propuestas como “*epidemiología del curso de vida*” (Khu, (et.al); 2016) en la que exponen procesos salud/enfermedad, desde la gestación de cohortes generacionales, hasta un punto de observación estudiado. Estas investigaciones empíricas, permiten explicar las dinámicas sociales, psicológicas y socioeconómicas relacionadas con la salud a lo largo del tiempo. La visión longitudinal otorga claves en el desarrollo de las enfermedades del mundo moderno, como resultado coyuntural de acumulaciones, transiciones, trayectorias, etc.

Por ello, pensar más allá de las trayectorias vitales que una persona desarrolla, contribuye a la construcción de nuevas herramientas conceptuales en el estudio de DSS. Así, el desarrollo y formación de una trayectoria de elecciones alimenticias, sería clave para debatir la idea de “habito alimenticio” como acción individual, pues es necesario, sujetarla a marcos y fuerzas sociales que dan sentido y significado a cada elección. (Deviner, 2005).

El análisis de transiciones a lo largo de las trayectorias de elección alimenticia y los efectos en la salud, son derivados de eventos relacionados con tres momentos a lo largo de la vida: inserción laboral, flujos migratorios del campo a la ciudad y, el diagnóstico de DMT2. De esta manera, el tránsito a una alimentación balanceada, o al menos recomendada por médicos nutriólogos, solo es posible si retomamos los engranajes dinámicos al interior de la historia de cada sujeto, a fin de explicar el movimiento interno del estado de salud de la población adulta mayor con DMT2. Esto es gracias a que existe un proceso adaptativo previo a cambiar

las dinámicas alimenticias individualmente, así como al interior del hogar y vida laboral (Deviner, 2005).

Los eventos detonantes en la concepción/modificación de patrones de consumo alimentario, que ha construido un sector poblacional —antes de transitar de una alimentación desproporcionada y sin control, a otra relativamente equilibrada — abunda en las dinámicas internas que las desigualdades provocan sobre sectores poblacionales. Cualquier modificación en la alimentación y sobre todo, dependiendo del evento crucial experimentado, cambiará la auto-percepción del individuo. Es decir, existe una redefinición de la persona (Deviner, 2005) tras recibir el diagnóstico DMT2. Comprender que la comida nos identifica en colectivo, también implica observar las tensiones al tener que abandonar un estilo de consumo alimenticio particular.

Así como existe la posibilidad de hacer cambios de alimentación, también depende del momento o etapa de la vida en la que se encuentren los sujetos. Observar esta etapa en la que se hacen los cambios alimenticios, es inherente de la capacidad de resiliencia y riesgos que el sujeto acumuló a lo largo de su vida y que moldearon su forma de comer (Deviner, 2005). Por ejemplo, un estudio de Choi, Jacobs, (et al.,) 2019, demostró que si una persona joven adulto (con 25 años cumplidos en promedio) modifica su alimentación a mayor consumo de vegetales y semillas, disminuye el riesgo de presión arterial alta y disminuyen los riesgos de desarrollar DMT2. Este estudio tuvo 20 años de seguimiento y fue realizado con información prospectiva de la Universidad de Minnesota.

Lo interesante de este caso es contemplar cómo la modificación e integración de productos considerados saludables dentro de la alimentación, tiene un efecto positivo si se adoptan a temprana edad y durante su vida. La alimentación estadounidense, no es similar a la del mexicano que vive en la ciudad, pero los riesgos asumidos son mantienen una impronta en el estado de salud de los individuos.

Además de lo anterior, las elecciones alimentarias son vinculadas al marco social o ambiente social, refiriendo a que los individuos eligen de acuerdo a contextos en los que están involucrados. Es decir, se ven incluidas características de clase social (o posición laboral), etnicidad y género, pues de estos contextos y sus relaciones sociales internas, emanan las

normas asociadas a la elección de ciertos alimentos, y por lo tanto, en las consecuencias no previstas en la salud de los sujetos (Deviner, 2005) que desarrollaron DMT2.

Hebrero (2011), analizó longitudinalmente, los efectos de las desigualdades acumuladas y consecuencias en las trayectorias de salud a lo largo de la vida de los individuos encuestados, teniendo como evento acumulado rector, la experimentación de una enfermedad, accidentes y eventos violentos, así como salud en la infancia, eventos migratorios, autocuidados, derechohabiencia, entre otros. Este trabajo se aplicó en la Ciudad de México, en la alcaldía de Iztapalapa. Los cuestionarios fueron aplicados a personas mayores entre 60 y 79 años cumplidos. El estudio concluyó con 700 cuestionarios completados. El análisis de las enfermedades tuvo contemplado los efectos en las personas con hipertensión, diabetes y otras enfermedades. Como resultado, comenta, que la variable escolaridad no tienen un efecto predictor sobre la experimentación de una enfermedad, debido a la homogeneidad reportada por los encuestados. Por otro lado, la derechohabiencia fue un factor intermitente a lo largo de la vida de los encuestados, por lo que el acceso a servicios de salud solo se aceptó en algunos casos. Éste, mostraba un problema de alto grado de correlación en la experimentación de una enfermedad y el acceso a seguridad social.

Para el caso de las diferencias por género, el ser mujer representa una desventaja que alienta mayores riesgos de experimentar una enfermedad, si es una enfermedad crónica o hipertensión. La migración interna, de campo a ciudad, tuvo un efecto predictor en la reducción de riesgos para la primera transición a una enfermedad crónica. Por lo que respecta al trabajo manual y no manual, implicó una asociación predictiva de mayor riesgo para transitar por primera vez a una enfermedad cardiovascular, confirmando las diferencias producidas por un *Gradiente Social* de la Salud. Los resultados de esta investigación (Hebrero, 2011) es un antecedente importante, puesto que surgen dudas al respecto de las dinámicas y significados de autocuidado a lo largo de la vida de los sujetos. En términos de autocuidado, muchos de los hábitos alimenticios, no son vigilados en la cotidianidad debido a diversos factores de estrés social, comenzando por las condiciones laborales, más allá de una clasificación manual y no manual.

Por lo anterior, esta investigación profundizará en la exploración de los determinantes sociales que moldean las elecciones alimentarias a lo largo de la vida de las personas mayores

con DMT2, tomando en cuenta lo ejes predictivos que estudios anteriores han arrojado. En suma el análisis longitudinal y retrospectivo será el camino para desentrañar los efectos de las desigualdades dinámicas en las trayectorias de elección alimentaria de las personas mayores con DMT2 en la ciudad.

2.4 Propuesta Metodológica

El trabajo presentado tuvo serias modificaciones a lo largo de la formulación y diseño, sin embargo, siguió un formato que requieren los estudios retrospectivos. En una primera fase decidí trabajar descriptivamente, la información proporciona por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición —resumidas en el primer capítulo— con el propósito de presentar, transversalmente, un escenario epidemiológico de la enfermedad en personas adultas mayores (DMT2). De este apartado desprendo la pregunta que rige todo el trabajo de investigación, al contrastar la información observada en la encuesta vs el panorama alimentario del país.

Contestar la pregunta de investigación requirió diseñar una segunda etapa del trabajo, que pretende responder de forma explicativa: *¿Por qué durante el curso de vida las personas adultas mayores con DMT2 cambian sus elecciones alimentarias y su proceso de salud/enfermedad?* Debido a la teoría y perspectiva cualitativa que ofrece el Curso de Vida, diseñé un guión de entrevista que permitiera observar al momento de diagnóstico de DMT2, como un evento de transición que acumuló desventajas y/o ventajas a lo largo del tiempo individual de las personas. No fue una tarea fácil, puesto que los supuestos teóricos de esta perspectiva, recogen información contextual e individual.

La información histórica sobre políticas alimenticias en México, sitúa los testimonios aquí reunidos que acumularon desigualdades estructurales a lo largo de la modelación de trayectorias vitales Sin embargo, las interrelaciones sociales impresas en los relatos, comprenden cómo una situación primaria —como es la alimentación— es objeto de desigualdades encarnadas con dinamismo propio y relevante para comprender el estado de salud de la población habitantes del CDMX.

Integrar análisis cuantitativos y cualitativos para comprender el Curso de Vida de fenómenos sociales no es novedoso. Los investigadores Laub & Sampson (1998), sugieren que el

comportamiento humano, a lo largo del tiempo, requiere de integraciones metodológicas cuantitativas y cualitativas, que expliquen la variabilidad de elecciones, pues están influenciadas por un contexto histórico y, por lo tanto, en constante cambio. La ventaja de la información cualitativa (*Big Q*, nombre propuesto por Kindder y Fine en 1984) es la riqueza de los detalles encontrados en el trabajo de campo, observación participante y/o etnografía.

Por su contraparte, *Small q*, son preguntas con respuesta definida. La integración de información cualitativa y cuantitativa, permitió observar el comportamiento en las agencias a lo largo del tiempo personal (Laub y Sampson, 1998). Recurrir a la información cualitativa es para registrar la capacidad de agencia, el impacto de eventos y transiciones, que forman y reconfiguran las trayectorias en el curso de vida, más allá de un comportamiento normalizado o estandarizado. La inclusión de información cualitativa, en estudios cuantitativos, delinean, enriquecen y complejizan el desarrollo de un proceso o fenómeno a estudiar (Laub y Sampson, 1998).

Al tener una limitante dentro de la misma información consultada y trabajada (ENSANUT), que por su diseño, muestra el estado de la enfermedad en diferentes momentos del tiempo, sin seguimiento a una misma muestra, recalca la premura de entender que las trayectorias alimentarias deben ser incluidas como herramientas explicativas. Aunque existen análisis y encuestas que captan información respecto al consumo de alimentos y destino de ingresos por hogar (ENSIG, ENASEM), la información no comprende el seguimiento o historia alimenticia de los seleccionados —no es su objetivo.

Muniz-Terreda & Hardy (2013), exponen que realizar estudios longitudinales para comprender las trayectorias de funcionalidad corporal en personas mayores, a través de la construcción de modelos estadísticos y técnicas, dieron soporte a la información recolectada a lo largo del estudio, así, reducir el menor número de casos perdidos y, por lo tanto, mantener el mayor número de casos completados. La discusión central arroja que para la modelación de trayectorias de funcionalidad, los modelos estadísticos de estados múltiples no dan cuenta del proceso que lleva consigo el cambio al interior de la vida de las personas. La razón de esta importante observación, conduce a que el estado de salud de una población, no depende

de un momento dado en el tiempo, si no, es producto de un proceso que requiere un tratamiento cualitativo de la información. (Muniz-Terreda & Hardy, 2013).

Las implicaciones de comprender un fenómeno epidemiológico transversalmente, tiene importantes sesgos explicativos del estado de salud de una población. Al momento de hacer comparaciones entre los resultados en el *tiempo 1* (sébase, cualquier año de aplicación de una encuesta de nuestro interés), en comparación a un *tiempo 2* (otro año de aplicación a contrastar, y forma parte de la misma fuente estadística de información), estamos observando la diferencia calculada y probabilidad entre casos completos, dependiendo de estimaciones generalizadas que calculan el cambio medio del evento a estudiar y no el contenido dinámico de las experiencias impresas en las trayectorias (Muniz-Terreda & Hardy, 2013).

Los resultados obtenidos, en este trabajo escrito, rebasan el contenido respondido de las preguntas de investigación, porque son ejemplo de la complejidad, incapaz de abordarse desde un único campo disciplinar. La información alrededor de la DMT2, es observada desde el campo clínico, donde los sujetos son calificados como pacientes. Estos, a su vez, contemplados como un valor reportado. Si se pregunta al respecto: ¿hace cuánto una persona tiene Diabetes Mellitus? La respuesta se resuelve, desde la ciencia médica con una proyección/prueba de hemoglobina glicosilada, porque estima el nivel de glucosa en sangre meses o años antes del testeo.

Las dinámicas de una enfermedad desde las ciencias sociales, requieren del apoyo de personal de salud que proporcione orientación en el proceso de comprensión. Por ello, recurrí a médicos generales que pudieran involucrarse en el diseño de las preguntas para captar la frecuencia de alimentación individual. Sin embargo, en ocasiones varias, me instaron a prestar atención en los horarios de alimentación de los entrevistados y dentro de su historia.

La construcción de historias a lo largo del curso de vida comprende que un sujeto no es pasivo ante lo que los sociólogos consideramos como estructura social. Las historias nos aportan un nivel de comprensión entre estructura y experiencia, que moldean, además de las trayectorias vitales, identidades comunicativas en la reconstrucción de información cualitativa (Hockey & James, 2017). Para el caso de esta tesis, hablar de identidades no es para comprender los testimonios como si tratasen exclusivamente de consumidores de

productos alimenticios, por lo contrario, se propone analizar las historias de acuerdo al cruce de eventos socialmente institucionalizados (trayectorias escolares, conyugales, laborales, etc.) vs cómo adoptaron una forma de alimentación, en un momento histórico preciso.

Los relatos reconstruidos son una parte de la identidad de los adultos mayores como una secuencia de prácticas y formaciones discursivas. Según Hockey & James (2017), existe una diferencia “selfica” en la comprensión subjetiva de un yo envejecido en las historias reconstruidas: por un lado está, lo que creemos ser; y por otro, la que contrasta con un cuerpo envejecido. A esta relación le nombran, “mascara o pantalla de envejecimiento”.

Las historias del curso de vida han sido planteadas de acuerdo a trayectorias vitales, con el propósito de captar los discursos interiorizados (socialmente construidos y determinados), así como el cambio constante de acuerdo a eventos importantes (auto-reportados) que moldearon trayectorias alimenticia. Sin embargo, el ejercicio de contraposición identitaria, nos ofrece una premisa de lo que ellos entienden, ser personas con enfermedades crónicas (DMT2).

Como explican las autoras Hockey & James (2017), estos discursos, tienen una importante variación que los hacen únicos en comparación con otros, porque la identidad que los sujetos se narran a sí mismos, son atravesados por cualidades tales como el género, roles sociales y/o raza. Estas, juegan un papel decisivo en la exclusión de características apropiadas, según sea el caso analizar. Es decir, las identidades discursivas a lo largo de la vida narrada, tienen un carácter excluyente que permite la comparación de unos con otros. La experiencia de un hombre, no puede ser la misma que la de una mujer; o la experiencia de una mujer de la ciudad que siempre tuvo la necesidad de alimentarse de una manera sana, no puede ser similar con la experiencia de otra que creció en el campo.

La edad, al igual que las características mencionadas, es un punto de comparación destacable en el entendimiento de las experiencias de personas mayores, puesto que la edad, o lo que se entiende de ella, es un eje rector que condiciona múltiples comprensiones del yo (Hockey & James, 2017). Así, podremos comprender las variaciones que los sujetos entrevistados presentan en sus testimonios, puesto que existen trayectorias institucionalizadas que implican iniciarse a cierta edad, dependiendo del entorno social.

Así, para este trabajo de tesis, se utilizaron los relatos de vida, como recurso para el entendimiento de trayectorias de elecciones alimenticias determinadas por el comportamiento familiar, así como las dinámicas económicas, sin olvidar las necesidades colectivas que éstas representaron (Bertaux and Kohli, 1984: 220 en Hockey & James). En el estudio de Tamara Harevent (en Hockey & James, 2017), la historiadora aporta que explicar los discursos e historias de vida desde una perspectiva de Curso de vida, ayuda a comprender a la familia (como institución) perteneciente a un proceso histórico. Por lo tanto, la metamorfosis de la familia entendida desde su historicidad, requiere abordar interacciones entre el tiempo familiar, tiempo individual y tiempo histórico.

En este sentido, la construcción de un instrumento que recupere las distintas trayectorias, así como las dinámicas relacionadas a la forma de alimentación de los sujetos, aportan un vistazo hacia las dinámicas familiares, laborales, matrimoniales, sobre vejez y enfermedad, desde la subjetividad, desde los discursos que integran prácticas alimenticias. Dado que esta dinámica de alimentación no es una unidad estática en el comportamiento de los sujetos entrevistados, el propósito de esta tesis destaca las razones de transformación de hábitos alimenticios, así como su estado de salud a lo largo del curso de vida.

El fenómeno epidemiológico presentado, funge como un escenario de comportamiento de morbilidad poblacional, encontrando aumentos porcentuales en cada año de aplicación de la ENSANUT. Este escenario descriptivo refuerza los presupuestos analíticos de la teoría del curso de vida. Sin embargo, los casos seleccionados varían internamente, pues existen diferencias sustanciales en las historias.

El impacto del momento histórico determina, la secuencia narrativa (Hockey & James, 2017) sobre la alimentación de los individuos entrevistados. Así, el impacto histórico que explica cómo las políticas neoliberales modificaron las trayectorias de salud de las personas mayores en dos momentos clave: antes de la implementación de éstas políticas, y después. Sin embargo, el concepto de agencia en el estudio de adultos mayores, es imprescindible para relacionar una actividad socialmente determinada (alimentación) y construida en la esfera pública (Grenier & Phillipson, 2013). Así, una vida longeva, una vida saludable o una intervención política, están organizadas bajo un punto de comparación sobre lo que percibimos como un envejecimiento exitoso, activo y/o productivo. De esta manera,

evaluamos nuestra propia acción y nuestra capacidad adaptativa ante eventos políticos, sociales y culturales. El estudio de los relatos de vida, muestra la serie de decisiones que, tuvieron consecuencias en el estado de salud actual (Grenier & Phillipson, 2013).

De esta manera, la importancia de realizar un estudio cualitativo que recupere esta narrativa interna de los sujetos, muestra patrones de consumo y cambios en el estilo de vida, que adoptaron a lo largo de su vida y, específicamente, en ciertas etapas de vida (Grenier; Phillipson, 2013). Esta información de primera voz, empodera y expone, la participación de las personas mayores en los estudios de salud.

Focalizar la atención en la agencia expresada a través de la narrativa, ayuda a posicionar las decisiones de acuerdo a un evento de nuestro interés. En este caso, al hablar de salud en personas mayores con DMT2 diagnosticada, las historias construidas nos reportan una interrelación entre acción social, agencia y salud (Grenier; Phillipson, 2013). Así, la recuperación de los relatos, figuran la dependencia entre lo estructural e interpretación subjetiva de la experiencia de personas mayores, estilos de consumo alimenticio y agencia.

Según (Grenier; Phillipson, 2013), existió un debate entre lo comprendido acerca de la 3ra edad y 4ta edad, debate situado en los años 90. Éste, proponía, sucintamente que, en la 3ra edad (60-79 años), se gozaba de un estado de salud óptimo para realizar actividades cotidianas, mientras que la 4ta edad, era el declive. Sin embargo, estas reflexiones encasillaban a las personas mayores en un contexto de dependencia y fragilidad, su voz no era considerada en los estudios epidemiológicos (Grenier, 2007). La necesidad interdisciplinaria de abordar el fenómeno de la salud en personas mayores, requiere de intervenciones metodológicas cualitativas que desentrañen la relación entre un contexto político y social. Así, hacer visible que la enfermedad vs la salud (o lo comprendido por salud) no es cuestión exclusiva de un diagnóstico registrado en instituciones públicas, sino de unas series de consecuencias políticas y sociales.

Los relatos de vida, en sí mismos, rompen un esquema tradicional para el estudio de la salud o epidemiología, que observa las tendencias del comportamiento de una enfermedad; sin dejar esto de lado, la recuperación de relatos, no ignoran éstas tendencias que dibujan los análisis propios de las ciencias médicas. Todo lo contrario, integran al análisis elementos no

explorados o difíciles de captar mediante diversos instrumentos cuantitativos (Grenier & Phillipson, 2013).

Observar en los relatos de vida, una muestra de la agencia en términos sociológicos (Giddens, 1985), nos acerca a la comprensión básica de este concepto, donde éste es el principio articulador de una construcción social, y la construcción social moldea la capacidad de acción de los agentes involucrados en un contexto. De tal manera, complementa Dannefer y Moor (2009), la vida humana, en sí misma es “agéntica”, pero ésta es limitada por fuerzas operantes al inicio del curso de vida de cada persona, demarcando un rango de elecciones a lo largo de su historia. Optar por una visión cualitativa de las trayectorias alimentarias en personas mayores, dilucida la relación entre decisiones racionales y elecciones independientes a una tendencia epidemiológica. Por otro lado, las narraciones nos enseñan acerca de las interpretaciones sobre las acciones de los sujetos (Grenier, 2007), sus aprendizajes, procesos adaptativos, prácticas y experiencias. En otras palabras, los relatos de vida o “historias cortas”, son el relato “agéntico” de los procesos determinantes sobre la salud de las personas mayores diagnosticadas con DMT2.

Es de mi interés encontrar los factores interpretativos que moldearon la trayectoria de consumo alimenticio, previo al diagnóstico vs posterior a éste, independientemente a la búsqueda de un patrón lineal en la historia de los informantes consultados. Elegir un análisis cualitativo de las narraciones, da flexibilidad y variabilidad de casos con DMT2. Ninguna es igual a la otra, todas son únicas y expresan diferencias perceptivas de acuerdo a las experiencias y decisiones tomadas por los individuos entrevistados.

Las categorías de esta tesis fueron diseñadas de acuerdo a la teoría-metodología que ofrece el Curso de Vida —propuesta de Glenn Elder—, los Determinantes Sociales de la Salud —propuesta de Michael Marmot—, además de contemplar la teoría de Ventajas y Desventajas acumuladas, considerada una teoría de alcance intermedio — propuesta de Ferraro— que analiza eventos transitorios como resultado de la interacción de ventajas o desventajas sociales. El guión de entrevista fue diseñado para captar información que revele trayectorias vitales y los efectos acumulativos a lo largo de su vida, hasta un punto de inflexión, considerado el diagnóstico de DMT2.

El diagnóstico positivo para DMT2, es un evento que no necesariamente es un *turning point* para los sujetos entrevistados. Sin embargo, es un evento de transición salud/enfermedad, por los cuidados y tratamiento de quienes han sido hechos con el diagnóstico de su historia. La DMT2 no implica curación, solo tratamiento de la enfermedad y sintomatología, es decir solo se transita a ser diagnosticado con diabetes una vez en la vida.

Las categorías con las que parte el instrumento son las siguientes:

- A. Determinantes Sociales de la Salud
- B. Ventajas y Desventajas Acumuladas
- C. Transiciones en Curso de vida

Fueron abordadas en este mismo capítulo con el propósito de no perderla de vista en este punto. Para ello consideré varias secciones que me ayudaron a configurar las narraciones de los sujetos entrevistados. Por un lado están los *Antecedentes*, contemplados dentro de los Determinantes Sociales de la Salud, prestando atención a información sobre el estado de nacimiento del entrevistado (si es que poseía la información); cuidados relatados de la madre durante la gestación del entrevistado; primera infancia, productos y alimentos consumidos; así como los antecedentes familiares con DMT2.

En cuanto a las Ventajas y Desventajas Acumuladas —siguiendo la teoría— solo se pueden captar al reunir información retrospectiva de los informantes. De tal manera que, las variables contienen datos relacionados a las trayectorias vitales de los informantes, es decir: trayectorias educativas, laborales, conyugales, de maternidad/paternidad, migración (si lo presenta) y material relacionado con enfermedades graves. En cada una de las trayectorias captadas, fue necesario incluir preguntas sobre formas de alimentación en el hogar, horarios, dinámicas familiares a la hora de la comida, entre otras. Lo anterior, con el fin de construir narraciones relacionadas con alto consumo de azúcares, factores de riesgo como el consumo de alcohol y cigarro, actividad física, etc.

Por último, construí un apartado que, de acuerdo a la teoría de ventajas y desventajas acumuladas, permite ver a un evento, como es el diagnóstico médico para DMT2, fragmentado en tres momentos internos: antes del diagnóstico, durante el diagnóstico y después del diagnóstico. La propuesta fue hecha para captar y enlazar los relatos de vida,

alrededor de las rutinas alimenticias y ver cómo éstas dependieron del curso de vida de los entrevistados al momento de transitar a ser diagnosticados con DMT2 y desarrollar una trayectoria de enfermedad.

Al identificar estos tres momentos, me permitió observar cómo y por qué modificaron sus trayectorias de elección alimenticia; pero también, proporcionó los obstáculos propios de la enfermedad, como son efectos de comorbilidad, así como sociales, en términos de violencia, pobreza multidimensional, precariedad laboral, entre otros.

A continuación, presento un esquema de las categorías y variables tomadas en cuenta para este estudio (Guía de Investigación):

A. Determinantes Sociales de la salud

- I. Antecedentes
 - 1. Formas de alimentación
 - 2. Formas de preparación de alimentos
 - 3. Tipo de productos consumidos
 - 4. Antecedentes familiares para DM2

B. Ventajas y desigualdades acumuladas

- II. Trayectorias Laborales
 - 1. Tiempo para comer
 - 2. Seguridad Social
 - 3. no. Trabajos
- III. Trayectoria educativa
 - 1. Años de estudio
 - 2. Grados cursados
 - 3. Dinámica Alimenticia
- IV. Trayectorias Conyugales
 - 1. Dinámica al interior del hogar
 - 2. distribución de alimentos
 - 3. no. De nupcias/cohabitación
 - 4. Dinámica Alimenticia
- V. Trayectoria Maternidad/Paternidad
 - 1. no. De hijos
 - 2. Cuidados durante el embarazo
 - 3.
- VI. Trayectoria enfermedad (cuidados médicos y alimenticios)
 - 1. Trayectoria alimenticia
 - 2. Tipos de productos,
 - 3. formas de preparación y consumo

C. Curso de vida

- VII. Transición.
 - 1. Inicio (Diagnostico para
 - 2. DMT2)
 - 3. Durante (Cuidados médicos y cambios
 - 4. alimenticios)
- 3. Dieta actual

Posteriormente, realice un trabajo de operacionalización entre variables y preguntas indicador, que me permitieran concretar los efectos perceptivos de trayectorias vitales en la transformación de elecciones alimenticias. A continuación, presento el guión de entrevista aplicado:

Guion de entrevista

I. Descripción Antecedentes. Origen en la familia e infancia

1. ¿A qué se dedicaban su padre y madre?, ¿hasta qué grado estudiaron sus padres?, ¿sabe si su madre tuvo cuidados mientras estaba embarazada de usted?, ¿Recuerda cuáles eran esos cuidados? Y ¿Cómo se alimentaban para cuidar el embarazo?, ¿quién recomendaba esos alimentos?, ¿Qué alternativas de alimentación tenían para cuidar del embarazo?, ¿Su padre cómo apoyaba?, ¿Tenían seguro médico?, ¿por parte de quién?, ¿Alguno de sus tutores padeció de diabetes?, ¿a los cuantos años se lo diagnosticaron?, ¿cómo se cuidaban?
2. ¿En qué año nació?, ¿Dónde nació?, ¿Cómo piensa que fue su infancia?, ¿Por qué?, ¿Cuál era la alimentación que usted tenía cuando era niño?, ¿Alguna vez padeció de hambre por falta de comida en el hogar?, ¿A qué cree que se haya debido?, ¿cómo distribuían los alimentos al interior del hogar?, ¿Quién los preparaba?, ¿Cómo los preparaba?
3. durante su infancia ¿tuvo enfermedades graves o complicaciones por una enfermedad?, ¿de qué enfermó?, ¿cuántos años tenía?, ¿cómo se la diagnosticaron?, ¿recuerda si su madre compartió la información como su peso al nacer, algún malestar como anemia, gastritis o algún otro padecimiento?
4. ¿cómo consideraría la alimentación que tenía antes de su diagnóstico para diabetes tipo 2?, ¿qué comía?, ¿cómo organizaban los horarios de sus alimentos?, ¿algunos platillos que recuerde?, ¿cómo se festejaban en la familias (el consumo de alcohol, tabaco, etc.),¿ quién preparaba los alimentos

II . El papel de la escuela, el trabajo y la formación

5. ¿A los cuantos años entró a la escuela?, ¿Cuál fue el último grado que estudió?, ¿Fueron años continuos o hizo una interrupción de estudios?, ¿Cuál fue el motivo?, Para ir a la escuela ¿Ud. Llevaba algún almuerzo?, ¿qué acostumbraba comer en la escuela o los trayectos a escuela?, ¿Dónde los adquiría?, ¿Quién los preparaba?, ¿Por qué elegía esos productos para comer?, ¿Fue beneficiado por programas alimenticios?, ¿cree usted que ese apoyo tuvo influencia en la forma de alimentarse durante su vida? ¿cómo?, Además de la escuela ¿tenía otra actividad? (en caso de no consumir alimentos en los trayectos o en la escuela se preguntarán los motivos)
6. ¿A los cuantos años tuvo su primer empleo?, ¿Cuántos años duró en ese empleo?, ¿a qué se dedicaba en ese empleo?, después de éste, ¿Tuvo más empleos?, ¿Podría decirme la edad y duración a los que inició los demás?, ¿Actualmente labora?, ¿de qué?, En estos trabajos ¿Con qué tipo de prestaciones contaba?, ¿trabajaba muy lejos de casa? ¿Comia en el trayecto casa empleo y de vuelta? ¿qué comia? ¿Cuánto tiempo para comer tenía en cada trabajo?, ¿Cuánto gastaba para alimentarse en sus horas de comida? , ¿Qué consumía durante ese tiempo?, ¿Por qué?, **¿Acostumbraba comer alimentos caseros en hora de comida?, ¿Qué prefería consumir? //¿Recuerda haber presentado alguno de los síntomas de DM2? ¿Cuál?**
7. ¿A qué edad se casó?, ¿Tuvo más matrimonios?, ¿A qué edad?, ¿Cuánto duraron?, ¿Cómo era la dinámica en su hogar?, ¿Cómo se llevaba con su pareja?, ¿Actualmente está casado?, ¿Cómo describiría a su pareja?, ¿Cómo dividían las actividades en la casa?, ¿Quién preparaba los alimentos?, ¿Qué consumían?, ¿Tenían platillos favoritos?, ¿Cuáles eran?, , ¿a quién le servían primero en la mesa? ¿por qué?, ¿Durante su matrimonio ganó kilos de más?, ¿a qué

se debía?, ¿pude contarme cuales era la dinámica familiar a la hora de preparar y consumir sus alimentos (horarios, productos y cocinero?, ¿sigue alimentándose de la misma manera?, ¿Cómo lo hace? // **¿Recuerda haber presentado alguno de los síntomas de DM2? ¿Cuál?**

8. ¿A qué edad tuvo su primer hijo?, ¿Cuántos hijos tuvo?, ¿Cuántos años tenía cuando tuvo a su 2º, etc.?, Durante el embarazo ¿Qué cuidados tenía usted? , ¿Dónde se atendió?, En donde nacieron sus hijos?, ¿qué cuidados alimenticios tenía usted?, ¿Quiénes o quien recomendaba esos alimentos?, ¿Por qué?, ¿Qué antojos tenía durante su embarazo?, ¿subió de peso?, ¿Tuvo complicaciones?, ¿Cuál fue la razón?, Cuando nacen sus hijos fueron beneficiados por algún programa alimentario por parte del gobierno?, ¿Cuál?, el apoyo modificó la forma de alimentación de la familia entera?, ¿cómo?

IV. VEJEZ

9. ¿A qué edad se jubiló formalmente?, ¿qué actividades cotidianas adoptó después de su jubilación?, ¿qué significa para usted estar jubilado?, ¿cómo vive su jubilación?, ¿cuenta con pensión?, ¿qué gastos cubre con la pensión?, ¿Cubre gastos alimentarios?,
10. ¿Quién le apoya para cubrir gasto en alimentos?, ¿Qué le gusta comprar cuando hace la despensa?, ¿Quién le apoya para hacer sus alimentos?
11. ¿Tienen nietos?, ¿Cuántos?, ¿usted influye en la forma de comer de sus nietos?, ¿Cómo cree que lo hace?, ¿les consiente con comida, dulces, frituras, etc?

V. Diagnóstico (TIMING Y TURNING POINT)

12. ¿Cuál fue el diagnostico? // **¿Recuerda haber presentado alguno de los síntomas de DM2? ¿Cuál?**
13. ¿A qué edad le diagnostican con DM2?, ¿Cómo tomó la noticia?, ¿En dónde se lo diagnosticaron?, ¿Cuál fue el motivo de su diagnóstico?, ¿Cómo empezó su tratamiento?, ¿Qué síntoma fue el que detonó la visita al médico?, ¿Qué significó para su vida saber que desarrolló la enfermedad?
14. ¿Cuál fue su tratamiento inicial Al momento del diagnóstico?, ¿Cuántas veces ha cambiado de tratamiento médico?, ¿Cada cuánto tiempo ha cambiado de tratamiento?, Además de lo que me menciona ¿Qué alternativas de tratamiento utiliza?, ¿Quién se las recomendó?
15. ¿Cuáles han sido los cambios alimenticios que usted realizó?, ¿Los inició desde que le diagnosticaron la enfermedad?, ¿Cómo fue el proceso de adaptación?, ¿Le costó trabajo?, ¿Por qué?, ¿Qué alimentos ha dejado de consumir?, ¿Resultó importante el dejar de consumirlos?, ¿Por qué?, ¿Ha notado mejoría desde que cambió sus hábitos alimenticios?, En comparación con los alimentos que consumió durante toda su vida ¿considera que gasta más o menos?, ¿Por qué?, ¿ha logrado revertir síntomas gracias al cambio de alimentación?, ¿Cambió la dinámica familiar en el hogar tras modificar su alimentación?, ¿De qué manera?, ¿De qué forma el apoyo familiar aporta avances en su forma de alimentación?
16. ¿Cómo controla su dieta en el día a día?, En un día cualquiera ¿Tiene alguna rutina de alimentación?, ¿Cuál es?, ¿Cuál es su reflexión tras aprender a vivir con la enfermedad?

Para este trabajo de investigación contemplé hacer una selección de informantes que cumplieran con las siguientes características:

- Tener 60 años cumplidos o más
- Residir en la Ciudad de México
- Contar con seguro social (IMSS o ISSSTE)
- Haber sido diagnosticado con DMT2
- Tener una trayectoria mínima de 5 años con DMT2

Los posibles entrevistados fueron registrados en una matriz que contenía esta información, para después pedir su testimonio, si ellos lo permitían y, posteriormente, efectuar la entrevista semiestructurada. Debo mencionar que al tener obstáculos administrativos que posibilitaran mi trabajo de campo en la Clínica 33 y 48 (pertenecientes al IMSS), decidí aplicar el formulario con criterios de selección, fuera de las clínicas o en espacios públicos donde imparten actividades para personas mayores, no necesariamente afiliadas a algún servicio integral de salud.

Los sujetos localizados, se encontraron en el Jardín Hidalgo de la Alcaldía de Azcapotzalco, Casa de la Cultura, Casa del cine, así como en la clínica No.13 del ISSSTE, en donde la Directora de Seguimiento Geriátrico, fue pilar para el acceso a los pacientes con DMT2. Las entrevistas presentadas tuvieron una duración que oscila entre los 90 y 120 minutos. El registro de posibles entrevistados fue de 95, de los cuales 27 reportaron cumplir con los criterios de selección y 11 accedieron a realizar la entrevista.

Para el análisis de la información, utilicé el programa Atlas.ti con el propósito de ubicar los fragmentos dentro de mis categorías de análisis. Realicé transcripciones por cuenta propia utilizando el programa Express Scribe, lo que permitió ralentizar el audio de las entrevistas y capturarlas en el formato Word, para después sistematizarlas en el programa Atlas.ti. El resultado de esta sistematización arrojó la configuración de 10 códigos, resultados de la conjugación de etapas/trayectorias vitales y las elecciones alimentarias a lo largo del tiempo:

Nombre	Código
Antecedentes / cuidados de gestación	(A-G)
Alimentación Infancia	(I-A)

Trayectoria escolar/ alimentación	(T.E-A)
Trayectoria laboral / dinámicas alimenticias	(T.L-A)
Alimentación durante Maternidad/ Paternidad	(T.MP-A)
Dinámicas alimenticias al Interior del Hogar.	(H-A)
Alimentación y eventos migratorios	(T.M-A)
Vejez / Jubilación	(V-A)
Diagnostico DMT2/cambios alimenticios	(DMT2-A)
Cambios alimenticios	(A)

La configuración de estos códigos posibilitó el análisis de efecto calendario a lo largo de la vida de los entrevistados. Este hecho optimizó la lectura de las desigualdades dinámicas al interior de la muestra, pues factores como precariedad laboral, informalidad laboral, migración interna, violencia de género, así como trabajo doméstico o labores del hogar, mostraron una mixtura de trayectorias en las personas adultas mayores con DMT2, como principales determinantes sociales intermedios en la construcción de trayectorias de elección alimentaria.

El análisis propuesto es producto de la interacción de una categoría central en la teoría del curso de vida, la cual es *transición*, así como los axiomas de *tiempo individual e interrelación social* de los sujetos entrevistados. De esta manera, presto atención a categorías que interpretan los significados alrededor de la DMT2, así como las consecuencias de decisiones acotadas por una estructura social, momento histórico y también dan sentido a significados alrededor de la salud de la persona mayor.

Las decisiones individuales sobre el consumo de alimentos, está sujeta a un orden laboral, horarios, dinámicas y roles de género, así como el juego de recursos (sociales, laborales, de interacción social, etc.) poseídos por los entrevistados. De esta manera, pude identificar dos momentos claves en la vida de las personas adultas mayores participantes. El primero hace referencia a los cambios alimenticios, de acuerdo al orden de elecciones de alimentos, al momento que da inicio una trayectoria laboral remunerada; el segundo, refiere a los cambios alimenticios posteriores al diagnóstico de DMT2. Por otro lado, en algunos casos, eventos migratorios detonaron una transformación por completo en las agencias alimenticias.

Identificar estos momentos permitió registrar la frecuencia de una alimentación desproporcionada a lo largo del tiempo, así como el reajuste de porciones alimenticias en diversas etapas de vida. Por lo que pude observar efectos acumulativos de **desventajas alimentarias**, como consecuencia no prevista, tras intentar revertir precariedades durante etapas de vida anteriores, en contextos de desigualdad social, dependencia alimentaria nacional, violencia, entre otros.

2.5 Conclusión

La articulación teórica presentada en este apartado contribuye en la observación y creación de vínculos poco explorados desde las ciencias sociales. Hablar de trayectorias de elección alimentaria es un paso a la construcción de evidencia que complejiza observaciones sociológicas futuras. En este sentido, la teoría social se ha encargado de mostrar límites, alcances, diferencias, estructuras e interdependencias en la vida de los individuos sujetos a contextos particulares.

El curso de vida como perspectiva teórica, enriquece y abunda en la tarea del científico social que pretende develar una nueva conexión entre el individuo y sociedad. Así, este enfoque nos enseña la movilidad del sujeto estructurado en diferentes esferas de la vida cotidiana y cómo, este movimiento demarca recursos útiles, cuyo impacto será reflejado en el estado de salud en cualquier etapa de la vida, no solo en la vejez. De tal manera que las herramientas conceptuales proporcionadas por el marco de *Desventajas acumuladas*, funcionan como un puente crítico entre el curso de vida y los DSS. Gracias a este vínculo teórico, podemos cuestionar la realidad, evaluarla en términos de cómo los sujetos movilizan los recursos de

supervivencia y qué impacto tuvieron en las decisiones alimenticias y construcción de hábitos.

Por lo anterior, planteo un acercamiento a través de un estudio retrospectivo en tenor de mostrar una exploración hacia la construcción de trayectorias alimenticias como producto de la exposición a diferentes esferas de sentido en la vida cotidiana y trayectorias de vida institucionalizadas. Finalmente, en este apartado se muestra el instrumento con el cual realicé este estudio de aproximación y los códigos que me ayudaron a diferenciar e identificar transiciones en la forma de consumir alimentos de personas mayores con DMT2, en tenor de un tiempo histórico, eventos cruciales, etapas de vida y *timming*

CAPITULO III

Trayectorias y cambios alimenticios de personas mayores con DMT2.

Delinear las trayectorias alimentarias, así como las transiciones del proceso salud/enfermedad en personas mayores con DMT2 diagnosticada, ha sido una tarea compleja tras conocer el contexto histórico en el que se desarrollaron los casos aquí expuestos. Así, la respuesta a la pregunta de investigación muestra dos puntos de saturación que convergen a lo largo de la observación y análisis empírico: por un lado al concebir el estado de salud de una población mayor de 60 años con diabetes, es producto de la acumulación dinámica de desigualdades apropiadas a lo largo de la vida. Es decir, elementos como son la inserción al mercado laboral, la experimentación de un evento migratorio del campo a la ciudad y los roles de género, han mostrado efectos en la modificación y reproducción de desigualdades en la manera de alimentarse. Si bien, la evidencia científica en torno a los DSS remarcan que un evento migratorio (campo/ciudad) tiene efectos de reducción de riesgo a experimentar el desarrollo de una enfermedad crónico degenerativa, también es cierto que, en el contexto urbano y las precariedades laborales, inciden en una “falsa” des/acumulación de riesgos alimenticios. Por consecuencia, acumula efectos nocivos en la salud, a través de las elecciones alimenticias que pretender satisfacer un sentido básico supervivencia durante la adultez: el hambre.

En otras palabras, a lo largo de la evidencia empírica aquí mostrada, se observa que las elecciones alimenticias de los participantes al momento de inmigrar a la ciudad, buscan mitigar las experiencias de poca satisfacción alimenticia que vivieron en etapas tempranas, pero al desarrollarse en un contexto desigualdades sociales y precariedad laboral, así como experimentar mixturas de labores de cuidado, además de laborales (para el caso de las mujeres), existe una impronta de consecuencias dañinas al estado de salud de la persona que ha desarrollado DMT2.

De esta manera, el segundo momento que mostró saturación conceptual en el análisis de trabajo empírico, tras el cual, existe una transición de elecciones alimentarias, es en el punto donde se entrega un diagnóstico positivo para DMT2. Esta transición ocurrió al filo de una transición vital, es decir, el paso a la vejez, marcada por dos indicadores principales: la

jubilación y/o tras cumplir 60 años. En todos los casos, el diagnóstico es un punto crucial para reducir desventajas acumuladas en torno a la alimentación, pues, gracias al acceso a servicios de salud públicos, las personas mayores tiene seguimientos integrales que engloban actividades físicas, control dieta y seguimiento médico.

A continuación, se presentan los principales hallazgos dentro del análisis descriptivo de trayectorias y transiciones de personas adultas mayores con DMT2.

3.1 Trayectorias y transiciones electivas en la alimentación. El efecto acumulado de desigualdades dinámicas a lo largo del curso de vida.

Anacleto: “(...) nosotros vivíamos pobres y comíamos como pobres”.

La historia del señor Anacleto es un ejemplo de cómo las desigualdades del entorno social y de aspecto meso estructural, se acumulan e influyen en la construcción social de los agencias alimenticios. Anacleto nació en el año de 1940, época de bonanza económica para México, sin embargo, no todo el país gozaba de esta prosperidad. Originario del estado de Hidalgo, don Anacleto crece en el seno de una familia en situación de pobreza. Sus padres, ambos comerciantes, hicieron lo posible para darle lo necesario durante su infancia, no obstante, las carencias se acentuaban a medida que pasaban los años: *“mi infancia fue dura, no teníamos mucho que comer y menos vestir. Fue muy difícil”.*

Para él, una constante en su vida fue el abandono: *“... me sentí abandonado, como sea mi mamá nos sacaba adelante, pero conforme llegaban (nacían) más de mis hermanos, la situación empeoraba. A mi papá no le alcanzaba lo de sus ventas y mi mamá, aliviándose de los partos, no hacía mucho para dar gasto, eso fue hasta después. Mientras, solo se recuperaba de lo que ya salía lastimada de los partos.”* Por lo que, todas sus hermanas y hermanos cuidaron violentamente de él en su infancia.

Anacleto tuvo problemas con su alimentación en su niñez, porque a la muerte de su padre, principal soporte económico murió: *“mi padre murió cuando yo tenía dos años, yo no lo recuerdo. Lo poco que sé de él es por lo que me contaron mis hermanos mayores. Mi madre tuvo que trabajar y durante 3 años estuve al cuidado de mis hermanas. Ellas eran unas hijas*

de la chi... Cuando yo tenía 4 años, si no lavaba los platos o medio alzaba la casa, no me daban tortilla. Esa era nuestra comida del diario, tortillas, frijoles y arroz. Ahorita dirás, 'con eso se llena, señor', y sí, si fuera el único en casa. En la casa ya éramos 8: mi madre y 7 criaturas. Quienes importaban eran los más bebés. Había días en los que no comía, una cosa de espanto.” Él es el 6to hijo de 8 de ese matrimonio, posteriormente la madre tuvo más parejas y tuvo 4 hijos más. Actualmente desconoce la historia de sus medios hermanos.

El informante cree que todo hubiera estado mejor si su padre no hubiera muerto. La muerte de su padre no significó una pérdida de ingresos, sino de cariño: “... dicen que mi padre era muy cariñoso, pero ya ves, las cosas de dios. Se lo llevó. Yo pienso que no me hubiera hecho falta la comida cuando chamaco, y no importaba, yo aprendí a trabajar desde los 7 años, ya ganaba mis monedas, pero lo que sí me hizo falta fue el cariño de mis padres”. Aquí observamos cómo un evento crucial (turning point), como fue la muerte de su padre, cuando Anacleto tenía dos años, determinó el inicio temprano de una trayectoria laboral. El informante desconoció el motivo de la muerte de su padre, sin embargo, años más tarde supo que fue por diabetes: “Mis hermanos me contaron, ya más grandes, que en el pueblo de Tulancingo pensaban que se había muerto por un embrujo, hasta que vieron su acta de defunción y en los motivos venía que era una falla en el páncreas. Hasta ahí, no entendía, hasta que me dijeron que mi padre tenía síntomas de un diabético. Murió flaquito, hecho un hueso”. Como se ha visto en el capítulo anterior, la condición de ruralidad y urbanidad, determina mucho el acceso a servicios médicos y de seguridad social. La entidad de Tulancingo era una rural: “... médicos no había tantos, y a parte era caro. Los remedios de mi papá fueron hierbas y limpias de malos espíritus, pero cuándo le iban a hacer (funcionar), necesitaba medicina”.

Su padre y madre, estudiaron hasta la primaria, hasta 3to y 1er grado, respectivamente. Solo sabían leer. Desconoce cómo fue su relación, supone que vivían en el mismo pueblito. La madre de Anacleto era muy reservada, por lo que desconoce qué cuidados llevó para sus embarazos: “solo vi fotos de mi mamá cuando estaba esperando al mayor, era muy flaquita, has de cuenta que la única parte gorda de ella era su panza, lo demás, muy flaquita”. La alimentación durante el embarazo es crucial para el correcto desarrollo de los fetos. Una mala nutrición durante el embarazo puede determinar el funcionamiento orgánico de los embriones

y posteriormente de los nacidos. Sin embargo, durante la infancia del informante, recalca: *“si mi mamá no comía bien, cómo íbamos a salir nosotros”*.

En la versión de don Anacleto, la madre no comía, pero él está consciente de las dificultades que la pobreza impedida para mejores cuidados: *“ella se cuidaba con parteras, pero creo que solo le acomodaban al chamaco y ya....eso y sus tés, pero eso no sirve”*. Asegura que desde siempre, su entorno familiar comía de forma escasa: *“nosotros vivíamos pobres y comíamos como pobres”*

Cuando su madre enviuda y recuperó de su último embarazo, decide migrar, del estado de Hidalgo al Distrito Federal, para trabajar y enviar dinero para sus hijos. Esto significó otro duro golpe a su infancia, pues a los siete años cumplidos de don Anacleto, de nuevo vio partir a quien cuidaba de él y sus hermanos: *“... mi madre se viene a México y me deja al cuidado de unas tías, sus hermanas. Supe que vino a trabajar a una cocina por aquí, en Azcapotzalco. Que se haya ido me puso más triste pero sabía que era para nosotros”*.

Este evento fue determinante para que iniciara su trayectoria laboral a los 7 años edad: *“Claro que a esa edad no fui a la escuela, tuve que escaparme de la casa de mis tías. Me maltrataban mucho, como mi madre se trajo a los más grandes al D.F., los más chicos nos quedamos al cuidado de las tías. De los tres que nos quedamos, yo era el mayor, ya tenía que hacer cosas en la casa para igualmente comer en ese día”*.

El abandono que vivió durante su infancia impactó directamente en su trayectoria alimentaria aún más, sin papá y mamá y con la violencia que vivía en casa de sus tías lo impulsaron a abandonar la casa quedar a merced de lo que sea: *“yo le tenía miedo a mis tías, eran malas, tenía pesadillas, pero prefería vivir en los campos y no con ellas.”*

De los 7 a los 13, el informante vivió en situación de calle: *“Me salí de la casa de mis tías y viví en el pueblo de Tulancingo, pidiendo dinero para un taco. No creas que era estirar la mano y ya. Tenía que trabajar, sacando basura, barriendo las casas, o limpiando cosas. Trabajé desde muy niño”*. Al salir de la casa de sus tías, Anacleto desapareció completamente del mapa para su familia entera: *“creían que yo estaba muerto, mi mamá me prendía una veladora porque ya no supo de mí. Hasta después me encontraron”*.

Anacleto comenta que sus “trabajos de niño” no eran bien pagados, casi siempre su sueldo era comida, sin embargo, la pobreza que vivió lo hacían un sujeto vulnerado por violencia física, psicológica y sexual: *“Mientras estuve fuera de casa, mis trabajos eran cosas bien de niño: barrer, limpiar cosas, cortar la hierba de sembradíos, pastorear. No siempre me pagaban, luego namas me daban una patada y me sacaban de la casa o de donde estuviera. Hubo un señor que me encontró en el centro de Tulancingo, yo estaba buscando dinero, él me dio casa y alimento. Al principio, solo me dijo que tenía que pastorear, pero también me tocaba el cabrón. Después ya no, ya que cumplí mas años, no. Después solo tenía que pastorear. Prefería no llegar a la casa y quedarme en el monte cuidando a los animales. Yo apartaba a uno o dos y a esos me los llevaba al monte para tener de pretexto que buscarlos. Yo los escondía, los amarraba, entregaba los animales en el rancho del señor y regresaba dizque a buscar a los “perdidos”. Me dormía en el pasto o en algún árbol. Prefería no comer en ese día a llegar a la casa a que...sí”*.

La pobreza que Anacleto vivió hoy es considerada como multidimensional, pues la no cobertura de su salud y la nula formación educativa, además de la evidente pobreza alimentaria, lo convirtieron en blanco del ejercicio de la violencia. El informante durante la entrevista contuvo las lágrimas, se cuarteo su voz. No quise preguntar más al respecto. Concluye: *“no sabía que era peor, regresar a casa de mis tías o quedarme con el señor”*.

Duarte la tortuosa estancia en el rancho donde dedicaba a cuidar el ganado, Anacleto comenta que su alimentación era nutritiva y completa (carne, verduras, arroz, frijoles, sopa), sin embargo, solo comía una vez al día y siempre después de trabajar y “trabajar” (después de abusar de él). Como en ocasiones no regresaba a la casa, Anacleto comenzó a beber alcohol: *“Cuando sabía que no quería regresar al rancho, me llenaba una botella de pulque y con eso me aguantaba el día, no sentía hambre. Desde los 10 años tomé y fumé. Ahora ya no tomo, pero sí fumo. Cuando tuve 11 años, comencé a tomar mezcal o, bueno, agua ardiente”*. Sustituir los alimentos por alcohol, impactó seriamente su estado de salud durante el inicio de su adolescencia: *“ya me desmayaba en el monte, perdía animales, y el castigo eran mas golpes y privarme de alimento”*.

Las desventajas que hasta el momento acumuló eran críticas. La violencia y la falta de comida desembocó en que a los 13 años, abandonara el rancho y viviera en las calles del centro de

Tulancingo: *“No supe más del señor este. No sabía qué hacer. Un día de la nada, una señora, amiga de mis tías, las pegalonas, me encontró en el centro. Yo estaba barriendo la casa de un señor que por ahí vivía. Me vio y dio aviso a mis tías. Mis tías, a mi madre y madre fue por mí. A los 14 años, vine a la Ciudad de México para trabajar y ayudar a mi mamá”*. Don Anacleto comenta que, en este punto de su historia, es de su conocimiento que su familia lo daba por muerto: *“mi madre me prendía una veladora diario, nunca supo qué hice de mí”*.

Vivir en la ciudad fue un cambio total y una nueva oportunidad de comenzar a vivir su vida en compañía de su mamá: *“Mi mamá vivía a unas calles de aquí, cuando todavía no estaba el Jardín Hidalgo (en Azcapotzalco), aquí me sentí contento, con mi mamá cerca. Ya no era un niño para que me cuidara pero ya era feliz. En cuanto llegué, mi mamá conocía un señor que necesitaba mozos. Yo entré con él a trabajar en su casota”*. Esta oportunidad y cambio dentro de su vida, significó poder trabajar para él y su familia, pues su mamá ya tenía más hijos, no tan pequeños. Aun así, Anacleto tenía que aportar a la casa: *“Trabaje de mozo durante mucho tiempo, al menos hasta los 17 años, pero todo lo que ganaba era para mi mamá y hermanos. Lo bueno es que ya comía bien, 3 veces al día, no volví a padecer hambre”*. Esta transición que acumuló, entre su condición migratoria, su adolescencia y el trabajo, significó una oportunidad importante para revertir las precariedades al inicio de su vida. Anacleto comenzó a desaccumular el daño que el hambre y la violencia habían dejado en él.

En entrevista comenta que, debido a su condición de calle, no pudo asistir a la primaria. Esto solo pudo ocurrir ya que estaba en la Ciudad de México: *“Entré ya grande a la escuela, a los 14 años. Yo iba en la tarde y por las mañanas trabajaba”*. Sin embargo, no terminó de estudiar la educación básica. El último grado de estudios alcanzado fue el 4to de primaria. Cuando pudo retomar sus estudios, durante cuatro años tejió una red importante de amigos que vivían en algunos de los barrios de Azcapotzalco. Red de amigos que ayudaron hasta su adultez e intervinieron en la detección temprana de DMT2.

Durante su etapa como estudiante adulto, Anacleto comenta que la rutina de alimentación era desayunar una taza de café y un bolillo; después, emprendía camino a la casa donde trabajaba; hasta las dos de la tarde, comía en casa de su madre (caldos, sopas, frijoles, muchas tortillas, pan, verduras); por último, iba a la escuela que recién abría turno nocturno: *“... de seis a*

nueve estudiaba, no tuve desayunos ni nada, ya éramos adultos los que íbamos ahí. Después de la escuela solo tomaba un café y en ocasiones comía doble, pero si lo hacía, tenía que darle más dinero a mi mamá para que comprara más cosas en el mercado". La situación de cuidado, de su madre a él, fue crucial para que continuara su vida y motivara a conseguir un mejor trabajo, no solo para aportar mayor cantidad de dinero al hogar, sino pensar en casarse, vivir en pareja, etc.

La adultez había llegado y a sus 20 años, recibió el llamado de uno de los amigos de la primaria. Su amigo le ofreció un empleo donde duró casi 7 años: "*Mi amigo (no recordó nombre), fue a buscarme a casa, ahí me contó, de que había chance de entrar a unas empresas para ser electricista. Yo solo sabía que quería algo mejor, ya tantos años sirviendo en casas no es vida. Y que me animo*". Tomó una decisión importante en su vida, cambiar de oficio y tomar la oportunidad que su amigo le brindó. La agencia ejercida fue crucial para el resto de su vida, pues al aceptar esa oportunidad, encontró su vocación: ser electricista; esta transición de un punto a otro, de un oficio a otro, no sería posible si Anacleto hubiera construido otra trayectoria de vida, con otros amigos y con los cuidados que necesitó de niño. El orden, principio y fin de sus trayectorias, tendría otros resultados. Era momento de revertir su condición de vulnerabilidad por su cuenta.

Cuando comenzó su trabajo en la ensambladora y metalúrgica, laboró como ayudante de electricista. Fue tanto su gusto por el oficio: "*... entré a trabajar de ayudante, yo no sabía nada de electricidad, pero en un año aprendí todo lo que tenía que aprender. Me gustaba, le echaba ganas. Yo tenía que comer mientras trabajaba, luego se me olvidaba comer, y eso que ya ganaba más. Me gustaba mucho mi trabajo. En un año me convertí en maestro electricista. A parte de mi paga en la armadora, trabaja por fuera y ganaba más, hasta 2000 pesos en la semana sacaba*". Al obtener ganancias mayores, producto de su trabajo formal y su trabajo informal, Anacleto sorteó una vida más holgada, cubría gastos en el hogar de su madre, invertía en él y su alimentación. Su rutina para el consumo de alimentos era en este orden: 7 am, desayuno; 3 pm, almuerzo (casi siempre eran tortas con guisados que su madre preparaba); 6 pm, hora de la comida principal.

El informante regularizó en términos de la frecuencia de ingesta de alimentos. Al tratarse del cumulo de eventos en el *tiempo individual*, observó que así como las desventajas se

acumulan, las ventajas que el entorno social e interpersonal, ayuda a revertir, regularizar o normalizar eventos cotidianos como lo es comer.

Anacleto contrajo nupcias a la edad de 26 años. Conoció a su esposa en el lugar de trabajo, en la armadora. Hasta el momento de la entrevista dijo estar casado. Con 52 años de casado, Anacleto se siente afortunado, porque no pasó ni un año y subió de peso. Él asegura lo siguiente: *“Cuando me casé, engordé. Sí. Pues uno no está acostumbrado a que lo cuiden y mi esposa me cuida mucho. Hasta la fecha me hace de comer como me gusta, pero ya no puedo comer como hice cuando éramos más jóvenes, que sí me daba gustos y todo”*. El informante asegura que en este punto de su vida nada podía ir mejor. Describe a su matrimonio como uno de los que ya no hay: *“para siempre”*. No obstante, la vida con otra persona tiene altibajos: peleas, frustraciones y todo, pero *“a la hora de comer todo puede volver a funcionar”*.

El sentido ritualizado de la hora de la comida, en este entrevistado, era para resolver problemas en el hogar, afianzar amistades y más. No importaba qué consumiera, Anacleto quería y busca convivir a la hora de compartir la mesa: *“Me tuve que acostumbrar a lo que también aprendió a comer mi esposa, pero la verdad no le hacía el feo, era nutritivo y con amor. Ella no gustaba de comer lo que yo, que a veces eran puras tortillas y agua. No. Ella comía de todo y eso me lo daba: fritangas, carne, verduras. A ella sí la cuidaron”*. La interacción con su pareja, al igual que con sus compañeros de trabajo, permitía evaluar su forma de comer como insuficiente, el sentido de comparación, nos dice la teoría del Curso de Vida, es un efecto de la interacción y la interdependencia del día a día. Reflexionar sobre lo que tenemos o no, carecimos o no, invita a buscar caminos para obtener lo que creemos que no tuvimos. Anacleto lo encontró, al venir a la ciudad, estudiar unos años la primaria para adultos, conseguir un empleo mejor y, posteriormente casarse.

Su primer hijo lo tuvo a los 27 años, después de transcurrir un año del joven matrimonio. Siete fue el total de hijos vivos que tuvo con su pareja. Era un nacimiento tras otro, de tal forma que, cumplidos sus 34 años, nació el último. Anacleto se involucró en todos los embarazos y partos de su esposa, tenía el tiempo y las posibilidades para hacerlo: *“A mis 27 años, me salí de la empresa, ya no quería trabajar, hubo un tiempo en donde ganaba más trabajando por mi cuenta que con el salario de la armadora. Pues me salí y hasta hace 5*

años deje de trabajar. Pero te digo, lo bueno de trabajar por cuenta propia es que según trabajes, según te va. También fue bonito trabajar así, porque cuando esperaba a mis hijos o cuando estaban por nacer, me daba tiempo que de ir por los antojos de la mujer, que llevarla a consultas, que las medicinas, que todo eso, que ya aprenderás”.

Anacleto, comenta, que él le brindaría todo el cariño a sus hijos y nunca los abandonaría: *“Uno no quiere que sufra la criatura y que pase lo mismo que uno. Los hijos demandan cariño, atención, dinero, vestido. Gracias a dios todos salieron adelante por mi trabajo. Ellos sí, desde chicos, a la escuela, a comer bien, a jugar, a querer”.* El sujeto entendió que no todas las carencias y efectos de éstas se podían revertir. Tenía muy claro que al menos, él no haría lo mismo a sus hijos.

Su trabajo fue una constante, comenta que incluso cuando no había dinero en el país, pedían su servicio, lo único que cambiaba era la ubicación: *“Sí, yo no sentía tanto las mentadas crisis, del país, lo único que sí, era la competencia de trabajo, yo me iba a otros lugares de la ciudad, la parte bonita de la Gustavo A. Madero, la colonia Roma, Tlatelolco, para buscar más. Como mi servicio era más barato que los demás, pienso que por eso me llamaban mucho”.* Durante su trayectoria laboral jamás le faltó alimento en casa, una vez que se pudo independizar y pudo mantener y formar a su familia: *“Los niños ya más grandes, pedían más cosas, que juguetes, que dulces, frutas. Yo no quería decirles que no, así que se los daba, pero a costa de que empezaran a faltar cosas en casa como, días sin gas o semanas sin comer carne, pero ya mientras les había comprado su Coca-cola a mis niños, o depende de lo que querían”.* La entrada de la industria de refresquera en el país tuvo gran importancia en las principales ciudades del país. Tuvieron un impacto tal, que educaron el paladar mexicano de las nuevas generaciones y de las generaciones adultas, lo caracterizaron como el paladar dulce del mexicano.

La trayectoria de Anacleto en la Ciudad de México es una historia de altibajos en su vida personal, no así para su estado de salud pues empeoraba: *“Comencé a sentirme mareado. En un día normal, sentía como que me cansaba, me mareaba, me faltaban fuerzas. Yo lo deje pasar, porque pensé que era cuestión de que me estaba haciendo viejo. Pensé que era por el estrés y eso sí, me echaba mi pulque los fines de semana, porque era difícil conseguirlo entre semana por aquí. El chiste es que una buena vez sentí un dolor bien feo en la boca del*

estómago, el canijo dolor me dobló, no podía ni caminar. Mi familia y amigos me dijeron que era la gastritis. Lo dejé pasar. No me gustaba tomar té para curarme, yo necesitaba medicinas. Un día, fuimos a trabajar para Pachuca, Hgo., donde también tenía clientes. Como esa vez terminamos pronto el trabajo, fuimos a caminar a los pastos, al monte. Me acordé cuando era niño ya te imaginarás. Iba muy distraído y caí a un hoyo, no lo vi porque el pasto estaba crecido, me llegaba a la rodilla. Y madres, que me caigo, me espante mucho. El dolor de estómago empezó y empezó para seguir un buen tiempo.”

El señor Anacleto asocia que el miedo (espanto) le desató la enfermedad. Aunque hay muchas creencias al respecto, lo cierto es que el miedo de una persona no desencadena la enfermedad. El informante tomó la decisión de llamar a uno de sus amigos que conoció en la primaria para adultos, su amigo era el más pequeño de todos cuando cursó su educación básica: *“Mi amigo terminó una carrera, en ese tiempo era complicado estudiar si uno no tenía con qué para seguir estudiando. Él sí pudo y fue doctor (medico). Que le llamo. Me dio consulta y me mandó hacer estudios. Me atendí en el Seguro, para esos años mi hijo el mayor ya nos ayudaba con el Seguro (ISSSTE). Me dijeron que tenía Diabetes.”*

El señor Anacleto, tenía miedo a la enfermedad, pues a la edad de 54 años, recibió la noticia. Ya había visto morir a sus hermanas y amigos a causa de este fallo metabólico: *“(…) pues sí tuve miedo, yo estaba fuerte, ya sabía que iba a bajar de peso, que me iba ver bien tilico. Uno piensa en la muerte. Lo bueno es que mis hijos ya estaban grandes y ya no había preocupación, pero ¿mi vieja?, no la quiero dejar sola”.*

Con la enfermedad detectada, comenzó su tratamiento con Metformina, una pastilla en la mañana y otra en la tarde. Lo tortuoso en su caso, fue adaptarse a la alimentación recomendada: *“(…) no te voy a mentir, se me hizo increíble que comiendo tan poco y cuidándome de no tomar cosas dulces me diera esta cosa (enfermedad). ¡Me quitaron la tortilla! Yo me llenaba de pura tortilla, hasta llegue a usar esos tortibonos para comer más tortilla, era lo que más me gustaba. De chamaco me condicionaban el alimento que era eso, tortilla, y ahora me lo quitan”.*

Lejos de comer poco o mucho, el informante organizó mejor sus alimentos y los horarios: *“Con el tiempo uno le pierde miedo a la enfermedad, pero con que coma a mis horas y coma*

de todo un poco, me siento bien, eso sí, con mi pastilla en la mañana y en la noche. Tuve que aprender y enseñarle a mi mujer qué es lo que tenía que hacer de comer. Al principio le enojaba mucho la dieta que teníamos, pero entendió”.

Su salud mejoraba notablemente, los malestares causados por DMT2, desaparecieron poco a poco. Estos cuidados que obtiene gracias a su esposa, han sido clave hasta este momento de su vida, puesto que con el pasar del tiempo, el control de sintomatología, le permitió regresar a laborar como comerciante de elaboración de tepache. Actualmente es su actividad de ocupación durante los fines de semana. Sin embargo, el proceso de adaptación a la nueva dieta (hiposódica), no fue fácil: *“vale la pena hacer caso al médico, saber que uno se cuida, no por vanidad, sino por cuidado propio”.*

Refugio: “prefiero morir lleno que vacío”.

Don Refugio fue entrevistado en su hogar ubicado al sur de la explanada de la alcaldía Azcapotzalco. La narración reúne información respecto a su forma de alimentación como medio de socialización que evoca sentidos, significados y construye relaciones interpersonales. Desde pequeño fue educado en casa para buscar un ingreso diario y aportar al gasto familiar o en sus palabras: *“centavos que le ayudaban a pasar el día”.*

Las decisiones cruciales (agencia), en la mayoría de los casos presentados surgen al momento de transitar de un nivel educativo a otro, o comenzar una trayectoria conyugal. En el caso de don Refugio, la primera decisión crucial que tomó, interrumpir su formación educativa básica. Al terminar la primaria, eligió trabajar para apoyar económicamente al hogar, así intervenir en el apoyo educativo de sus hermanos menores. Explica que si no fuera por su entrada al mundo laboral como ayudante de jardinero (ayudante de su padre quien transmitió el oficio) sus hermanos y su familia la hubiera pasado peor. Esto nos lleva comprender que al menos su infancia ligada a su trayectoria educativa y laboral (de los 6 años a los 12 años cumplidos), fue determinante para elegir y tomar el camino del aprendizaje de oficios; primero, jardinería y, posteriormente, electricista mecánico. También, nos hacer ver que los sujetos estaban anquilosados a una suerte de contrataciones por obra, por diseño, por compostura, es decir, la informalidad del empleo u ocupación, siempre fue su entorno.

Esto lo logro gracias a que en su tiempo *“los niños podían trabajar y no había problema con eso de la explotación infantil”*. El trabajar para un niño de 5 años como voceador, como boleador, ayudante de múltiples oficios, era normal y necesario. Sin embargo, estuvo en contacto con compañeros que no tenían la necesidad de trabajar, puesto que, los padres de sus amigos, tenían una posición más holgada que los suyos.

Su padre, dedicado a la jardinería y su madre, trabajadora sexual, se conocieron cuando su padre requirió compañía de quien fuera su mamá. El ejemplo que don Refugio toma de su familia de origen es el mutuo apoyo entre el matrimonio. No causa remordimiento o pena el comentar la ocupación principal de su madre cuando joven, comprende que: *“no tuvo de otra por el abandono de su padre, después de divorciarse su abuela, una Adelita de la revolución, simpatizante de Villa”*.

Don Refugio tiene y tuvo claro los peligros de abandonar a un infante, pues era una historia recurrente de su madre. Sabía que pese a tener una buena posición económica en Saltillo, las situaciones que encarnó su mamá *“... lastiman y uno no espera a que le vengan a resolver el problema, pero una niña no sabe pedir y menos bajo qué condiciones”*. El informante comprende que el matrimonio es una alianza que puede rescatar a un hombre o mujer en desventaja. En cuanto se casa con su padre, la madre de Refugio sale de sus actividades como trabajadora sexual y su ocupación cambia al trabajo del hogar y cuidado de los niños.

A su nacimiento, Refugio presenta un crecimiento anormal, consecuencia de una sobre alimentación y consumo de vitaminas, proporcionadas por los médicos del Centro de Salud, que ingería su madre mientras él estaba en gestación. Su alto peso al nacer puso en peligro la vida de su madre. Él se siente culpable por poner en riesgo a su mamá durante el nacimiento, pero era normal que el estereotipo de mujer embarazada estuviera relacionada con *“ser gordita, era lo mismo que estar sana”*.

Don Refugio, comenta, fue un niño con sobrepeso y obesidad, por lo tanto, él y su familia lo veían como un niño sano. Era un niño normal, a pesar de su obesidad. Era gordito por lo que comía y por lo que hacía. No se explica cómo es que haciendo tantas actividades, desde niño, siempre fue gordito. Su alimentación estaba acotada a los caldos, menudencias, frutas y antojos en la escuela. Su alimentación era completa y casera. Sin embargo, la ingesta

frecuente de harinas industrializadas (pan, principalmente) y tostadas en la primaria, fue una constante dentro de su niñez. Este patrón de consumo era posible, porque trabajaba por las mañanas y por las tardes, ya llevaba sus centavos en la bolsa: 15 centavos, 20 centavos, él ya era un niño grande y trabajador. Por lo tanto, quedarse con el antojo de consumir algún, no era opción, Refugio quería comer. Y con justa razón, no comía sino hasta llegar a la escuela

Durante el curso de la primaria, desayunaba a las 6 am para salir a trabajar con su padre. Se transportaban a todos lados en la bicicleta de su padre, en ocasiones, en la camioneta que tenían para el trabajo. Cuenta que soportaba hambre por trabajar sin interrupción. Llegada la hora de clases, su padre, le daba 10 centavos, más los 10 o 15 centavos obtenidos por su trabajo —sacando basura, podando o etc. — completaban su gasto diario y, con ello, su alimentación. Al llegar a la escuela compraba su desayuno, comía, y esperaba el recreo para comer lo que las cooperativas ofrecían. Tostadas con frijoles y crema, fruta con chile molido, galletas con crema y queso. Estas opciones de alimentación las mantuvo, hasta la el momento de la entrevista. Por la noche, no cenaba, sólo tomaba café y en ocasiones un pan, no más. Su padre y su madre, hacían una última comida fuerte, y a veces la única en el día.

Cuando Don Refugio, decide apoyar económicamente a su familia, sus hábitos alimenticios modificaron. Al tener un ingreso más fuerte que las propinas ganadas como ayudante, tuvo la opción de comer mejor y más. Optó por las comidas caseras a las 3 de la tarde. Su lugar de consumo favorito: las fondas de los mercados populares.

De los 12 a los 17 años, don Refugio aprende el oficio de jardinero a la perfección, gana su propio dinero y, la mayoría, es destinado al gasto familiar. Sin embargo, experimentó una transición ocupacional, donde deja de ser trabajador de su padre y se convierte en un maestro jardinero a los 18 años. La adultez había llegado a su vida junto con cierta independencia. La diferencia radical era que su padre le otorgaba herramientas para que Refugio forjara su propio camino como jardinero. Don Refugio, trabajó de los 18 años, hasta los 24 como jardinero independiente. Comía, bebía y fumaba como si no hubiera mañana. *Ganaba bien* y le alcanzaba para apoyar al hogar, así como sacar adelante a sus hermanos.

Pese al éxito laboral que vivió, Refugio, no estuvo contento del todo, decidió cambiar de vocación a la edad de 24 años. Optó por aprender el oficio de electricista y mecánico, gracias

a un buen amigo suyo. Éste, arreglaba la camioneta con que se transportaba para ejercer el oficio de la jardinería. A Refugio le llamó la atención los carros y su funcionamiento, hasta ese momento no tenía conocimiento alguno. Su amigo le enseñó y lo adoptó como aprendiz en el taller mecánico. Así, Refugio comenzó su trayectoria como mecánico electricista. Se acopló a la dinámica dentro del taller: de 9 am a 9pm. Jornadas largas de trabajo daban sentido a su vida diaria.

Sin embargo, es importante mirar cómo es que, al transitar de un oficio a otro, el señor Refugio toma una segunda decisión importante en su vida: casarse por primera vez. Comenta en entrevista que, este matrimonio, fue problemático, porque su adicción al alcohol deterioró la relación interna de la familia. Cuando se casó, no había pasado un año desde su boda, cuando decidió tener a su primer hijo a la edad de los 24 años. Es importante tener en cuenta que al iniciar su trayectoria conyugal, inmediatamente comenzó su trayectoria de paternidad. Tuvo 4 hijos con quienes se involucró en gastos y alimentos, el principal problema familiar, era el alcoholismo que desarrolló.

Su adicción fue causado por varios factores, según comenta: el primero, las jornadas estresantes de trabajo en el taller lo llevaban a buscar una salida placentera y de efecto inmediato; segundo, comer implicaba tener alcohol en la mesa; tercero, el mal carácter de su esposa y; cuarto, sentirse vacío. Durante su trabajo adoraba dos cosas: el tiempo de la comida y, el segundo, el alcohol. Las comidas que acostumbró durante años, aproximadamente 26 años, se componían de cárnicos en exceso (embutidos, res, cerdo, pollo), frituras (gorditas, huaraches, etc.), refrescos, cervezas. Cuando el día terminaba, sus compañeros de trabajo organizaban convivios, donde todos se desestresaban con “cubas”, mientras recogían todo para el día siguiente.

El taller donde laboró, se dio a conocer, en un lapso, como el “*taller de borrachos*”. Esta imagen, alteró profundamente su productividad, hasta que decidió poner orden y beber, con la condición de entregar el trabajo. Comenta que debido a los convivios al final del día, llegaba tarde a casa. Al principio molestaba a su esposa, a sus hijos, pero con el paso de los años, el abandono de su familia él se acentuó. Don Refugio aprendió que la pareja era para rescatar de una situación de riesgo y demostrar apoyo, pero según comenta, no obtuvo nada

de eso debido al alcoholismo: *“El hombre provee, y no ’mas, y la mujer se dedica a las cosas del hogar...”*.

Así describió su primer matrimonio. Como un espacio donde él no contaba: *“...y eso que les daba todo, yo mejor prefería no llegar a la casa. Solo me hacían caras, incluso antes de comenzar a beber como adicción”*. Debido al desinterés que él percibía por parte de su esposa, ella decidía no hacer de comer, y si lo hacía, la comida que recibía era insalubre: *“...cuando uno es alcohólico, le deja de importar a las personas. Mi esposa se hartó de mí, y cuando le pedía de comer, a veces hasta lo hacía tan de mala gana, que me enfermaba del estómago, pensaba que era tanta irritación de mi panza, por tanto alcohol, pero no, me di cuenta que era ella, porque lo que comía en el taller nunca me hizo daño”*.

Durante su trayectoria laboral, Refugio indicaba que la mayoría de la comida que consumió fue preparada en el taller donde trabajaba, de ésta se encargaban los *“chalansitos”*, que eran ayudantes jóvenes recién ingresados al oficio de la mecánica. Menciona que su vida y su comida siempre fueron de taller: *“... aprendí que la comida une con desconocidos”*. El valor ritual de la comida como interacción y eventos de socialización, ha sido desde los estudios antropológicos de Michael Pollan (2016), como una arista de la vida social donde se construyen los criterios primarios de la división del trabajo. No obstante, en tiempos modernos, la ritualización de la comida está asociada al disfrute y de compartir ese placer por la comida. Para Refugio, la comida siempre fue sinónimo de placer y nada más placentero en los alimentos, que las altas cantidades de grasa. Pero también es lo *“más sencillo y rápido para cocinar, poníamos al chalan a prender el anafre, lavar y calentar el disco y echar un chingo de aceite, cebollas, jamón, carne, pollo, lo que fuera, masa, si íbamos a hacer gorditas de chicharrón, yo qué sé. Esa era nuestra comida de taller”*. Todos los productos que consumían, estaban al alcance de una tiendita y un mercado popular, pero era necesario consumirlos así (fritos), pues tenían trabajo por entregar contra reloj, si no querían tener problemas con el espacio ocupado por los carros dentro del taller.

Pasaron 26 años trabajando en el mismo taller, con su matrimonio y con la enfermedad del alcoholismo. Su organismo no aguantó más, comenzaron los malestares: sequedad en la boca, hambre en exceso, ganas de orinar sin haber tomado agua. En su mente, don Refugio decía: *“Seguro es la diabólica (Diabetes) pero si me da, me voy a tirar más al alcohol y que me*

lleve. Claro, yo decía eso porque ya sabía qué pasaba con la enfermedad: uno se hace flaco, deja de comer, les duelen los pies. Uno se vuelve un cadáver que camina. Mis padres y amigos murieron de eso, sin embargo, no dieron lata con sus dolencias. Así quiero morir yo.” Menciona, también, que eran tiempos muy diferentes y que los tratamientos de diabetes eran poco utilizados, porque se imaginaba la enfermedad como si fuera un cáncer terminal. La gente a su alrededor le decía “*el mal del flaquito*”, debido a las grandes descompensaciones calóricas y modificaciones alimenticias.

Don Refugio, fue diagnosticado con DMT2 a la edad de 51 años. Tomó la noticia de forma trágica. Siguió las indicaciones del médico de cabecera que lo atendía en el Centro de Salud y los cambios en él fueron radicales, bajó de peso drásticamente. Pasó de pesar 120 kilos a 80 en dos meses: “*sentía que memoria. Solo llegaba al taller a ver cómo me moría, no comía nada, no bebía nada, o se me hacía nada, porque yo estaba acostumbrado a comer de todo y en cantidades enormes*”.

Su diagnóstico se cruzó con el fin del matrimonio y la transición a convertirse en abuelo de su primer nieto. Dado el deterioro de los lazos familiares como consecuencia del alcoholismo, se le prohibió ver a su nieto, no sin antes dejar su patrimonio a nombre de su esposa e hijos: “*les dejé todo, mi casita donde actualmente viven, 1 taller de 2 que poseía (posteriormente también lo entregó), 1 terreno y las cosas en general. Salí de casa sin nada, más que mi trabajo de mecánico electricista. Imagínate, sin cosas materiales, sin dinero, sin nada, con diabetes, sin ver a mi nieto. Me sentía el doble de vacío y sin poder tomar una gota de alcohol. Tuve amigos que no me dejaron caer y que sabían de mi enfermedad. Me apoyaron con casa y a veces con alimento, pero eso sí, nada de alcohol. Uno tiene que esperar lo mejor de la vida y no dejarse caer*”.

Su principal apoyo siempre fueron amigos y conocidos que el taller y su vida laboral trajo consigo. Aprendió a vivir con la enfermedad, no siguiendo las indicaciones del médico del Centro de Salud, si no moderando su consumo: “*prefiero morir lleno que vacío*”, asegura el entrevistado. A la edad de 60 años, conoció a quien fuera su segunda esposa y de quién enviudó en el año 2017.

Doña Conchita llegó a su vida para ayudarlo a salir del alcohol y para apoyarlo desinteresadamente. Se conocieron en una iglesia; sus intereses en común: el baile y la política. Semejanzas que nunca compartió con su anterior pareja, y que de hecho eran motivo de discusiones. La relación con Conchita era perfecta, ella ya había cumplido su rol de trabajadora en casa, sus hijos ya eran adultos, su ciclo de vida familiar estaba en una recta final, cuando decidió casarse con Refugio.

El conocer a Conchita y formar una pareja en la vejez, figuró una oportunidad para Refugio de encontrar una nueva red en la que podría apoyarse. Es hasta este momento en donde los cuidados de su enfermedad, tuvieron control con chequeos rutinarios y con mayor frecuencia, debido a que su hijastra decidió registrarlo como beneficiario del ISSSTE. Gracias a esta intervención, Refugio puede tener los medicamentos necesarios y la insulina que forma parte de su tratamiento. Es de notar que las mujeres, en la mayoría de los casos aquí presentados, forman la principal fuente de apoyo y cuidado para los adultos mayores. Las mujeres al cuidado de los hombres participantes de esta tesis, siguen formando parte de cuidadoras primarias y soportes de hombres mayores, además de haber desarrollado trayectorias laborales. La formalidad del empleo y la incorporación de las mujeres al mercado laboral facilitaron el acceso a la salud y medicamentos de hombres mayores con DMT2, en situación de trabajo informal.

No obstante, pese a la función laboral y de cuidado, Conchita fue de carácter fuerte, aguerrida y bastante cariñosa: *“A ella no le hacía falta dinero, no le hacía falta nada, le sobraba para dar y dar con gusto”*. Esta voluntad altruista tiene un trasfondo moral y relacionado con el catolicismo. Sin embargo, era motor de esta pareja. Por lo que el apoyo extendía, no solo cuidados médicos, sino alimenticios. El tener un segundo matrimonio durante la vejez, le permitió descaumular desventajas alimentarias: *“Mi Conchita me procuraba todo lo sano. No había día que no me invitara a controlar mi alimentación, porque aunque nos queríamos mucho, los dos nos cuidamos. A ella le debo que tenga seguro, que tenga hogar y cariño de mis nuevos hijos.”*

Cuando Conchita muere, don Refugio se siente devastado, de nuevo vacío, pero todo lo que aprendió de su pareja fue a ver la vida de otra manera. Ella estaba dispuesta heredarle parte de su patrimonio, pero don Refugio solo pidió una cosa: *un espacio donde pudiera seguir*

ejerciendo el oficio de mecánico electricista. Hasta la fecha, tiene activo el espacio para trabajar carros y maquinaria que pueda manejar, pues los malestares por DMT2, limitan movimientos corporales, aumentan la presión en extremidades, etc. Trabaja cuando tiene encargos y cuando no, su principal fuente de ingresos es la Pensión Universal y la renta de un departamento a dos jóvenes parejas. Este departamento lo adquirió en cuanto tuvo el espacio/local para seguir como mecánico, trabajó arduamente para dar el enganche del inmueble, mientras tanto, su entonces esposa, le permitió vivir en la casa de su familia. Por esta razón, don Refugio cuenta con un hogar, un ingreso económico constante y con una red de hijos que lo adoptaron como integrante de la familia.

Hugo: Es tonto dejar de comer, na'más hay que bajarle.

Hugo Valdemar es un hombre de 61 años. Nació en el Distrito Federal, un diciembre de 1958. Su padre tuvo una formación escolar básica, mas no concluida. Su madre, dedicada al hogar, no tuvo educación. Durante su infancia, Hugo recuerda que la principal ocupación de su padre fue la de desarrollar habilidades administrativas como auxiliar contable en el rastro de animales ubicado en Ferrería, una colonia ubicada en la alcaldía Azcapotzalco.

Él recuerda a su padre y madre como un ejemplo, para su vida adulta y su etapa de vejez. A su papá lo describe como un hombre cuidador, pues éste procuraba los gastos de la familia, más no exclusivamente. Era un hombre que se involucraba en las actividades cotidianas labores de limpieza, elaboración de alimentos y crianza de los hijos: “...*eran un buen equipo mis viejitos*”. Su mamá, dedicaba a las mismas labores del hogar, además de administrar el ingreso y gasto familiar. El entrevistado menciona que, si bien su madre estuvo a cargo del hogar, trabajó en el rastro en su etapa de soltera y, posteriormente, retomaría su actividad en el rastro para aportar ingresos extra a su familia.

El señor Hugo ocupa el 3er lugar de 7 hijos. Menciona que no tuvo información sobre los cuidados que llevaba su madre antes de “alumbrarlo”, sin embargo, recuerda que, con el paso de los años, observaba que ella tomaba tés, atoles y vísceras de animales, por recomendación de amigas cercanas, como cuidados de gestación de los y las hijas venideras. En pocas palabras, los cuidados caseros durante el embarazo, predominaban. Las visitas al médico para

cuidar la salud de los productos en el vientre eran las menos. Las consultas fueron una vez cada dos meses, a razón de escasos recursos o no tener conocimiento del embarazo, hasta ser percibido a simple vista.

Ambas partes cuidadoras del señor Hugo, desarrollaron DMT2. Las diferencias en los tratamientos y cuidados eran notablemente importantes. A raíz de una mala alimentación y no seguir indicaciones de los médicos, la salud de su padre deterioró rápidamente. La razón de este desgaste y empeoramiento de los malestares de su papá fue que éste estaba al cuidado de su pareja: *“...mi papá enfermó más rápido que mi mamá porque él la cuidaba, compraba comida para ella, le tenía sus horarios, la obligaba a hacer ejercicio. Sí, pero él no se cuidaba, no comía a sus horas, comía lo que era más rápido para poder hacer de comer a mi mamá y en fin, quien murió fue mi padre y mi mamá sigue con vida, gracias a dios”*.

La infancia de Hugo la recuerda con mucho cariño, llena de carencias, pero con alimento suficiente para cubrir el consumo de una familia de 9 integrantes: *“...No faltaba café de olla, cuando era posible comíamos pan de dulce, carne, no tanto. Teníamos zapatos de hule y pantaloncitos cortos, porque los largos los deshacíamos rápido, y todos parchados andábamos por la calle. Aunque humildes de vestimenta, nunca sufrimos hambre, lo menos que había en la mesa eran frijoles, sopa y café...”*

El entrevistado señala que su alimentación era suficiente y buena, más se comparaba con otros niños que tenían más recursos: *“... veía a otros niños con ropa buena, tortas enormes que hasta se les salía el jamón, zapatos de cuero o que llevaban pan dulce para el recreo. Sabía que no era tan pobre, pero sí quería lo que otros niños tenían”*. Mas la comparación con otros desaparecía al llegar a casa, no había distinción entre hermanos, todos recibían lo mismo, según las posibilidades de sus padres y en las mismas proporciones: *“...por supuesto que llegaban a haber distinciones, porque llegaba un nuevo hermanito y, pues, él o ella, tenía preferencia de alimento, no comía lo mismo, pero le servían primero, y los más grandecitos teníamos que esperar”*.

Durante la entrevista, aseguró que no presentó alguna enfermedad que pusiera en riesgo su vida o no lo consideró así: *“...aunque no tuve enfermedades que me pusieran en riesgo, sí tuve epilepsia. Creo que desde los 9 años, la tuve. Tomaba medicamentos y no fue hasta los*

14 años que me dieron de alta, ya con cuidados y todo eso". Su recuperación fue paulatina y dejó de presentar síntomas, por lo tanto, continuo desarrollándose sin dificultad alguna durante su juventud

Al hablar de la trayectoria escolar, el señor Hugo, comenta que el grado más alto de estudios que tuvo fue el de 2do año de secundaria. El kínder, primaria, hasta el 2do año de secundaria fueron continuos: *"...entré al kínder a los 5 años, de ahí, todo fue de corrido, hasta los 14 años que me salí de las secundaria..."* Aunque el paso por la educación básica fue truncado por decisión propia, en entrevista asegura:

"Ya no quise estudiar y me sacaron de la escuela. Te digo que fueron muchas cosas, la verdad era un desmadre de alumno, pero era porque me valía, yo retaba a los maestros que me pegaban, que me escupían. Tantito ellos y tantito yo. Ya no me interesó la escuela, me desmotivé mucho, pensaba: 'si así son en la secundaria, ¿cómo será después? No, no, no. Ahí la dejo, 'mano. Tuve miedo a seguir estudiando."

A lo largo de su educación, el consumo de alimentos durante el receso no tuvo interrupción alguna, el problema era la satisfacción, pues ésta no existía del todo: *"...comparaba tortas a la hora del recreo, veía unas que estaban de envidia, te lo digo así porque luego nos mandaban tortas de plátano, o de sopa de fideos, o de frijoles. No pues comparadas con tortas de otros, que de chorizo, jamón, a uno se le antojaban y luego hasta las presumían los méndigos...."* Existían diferencias en los hábitos de consumo entre los estudiantes, para Hugo, eran notorias. Sin embargo, el momento del desayuno era clave para tener un buen día:

"....a veces me iba sin desayunar de mi casa, en la primaria lo que me salvaba eran los desayunitos, que eran una palanqueta, plátano, jugo y a veces un sándwich. Todo eso costaba 20 centavos, pero teníamos que llegar corriendo para alcanzar desayuno. Por lo general, me daban mi domingo, eran esos 20 centavos. Con eso compraba el lunes, luego, luego. El resto de la semana me las ingeniaba para comer fruta en las clases. Tuve la fortuna de compartir escuela con mi primo. Él tenía más recursos y me disparaba el desayuno el resto de la semana, era muy compartido, muy humano. Compartía un peso que su papá, mi

tío, le daba del diario, era un dineral. Y ya, a la hora del recreo comía mi torta de sopa de fideos que mi mamá me había puesto de lonche.”

Cuando decide truncar su educación, lo primero que tuvo que aceptar fue que no podía quedarse inactivo durante toda su vida. Comenzó, a los 14 años, trabajando de manera informal. Su campo fue el comercio y, su producto de venta, paletas de caramelo: “...mi padre me dijo: ‘no serás una carga en esta casa, ponte a trabajar, porque eres hombre y cuando crezcas tienes que mantener una familia. Si te casas, tu esposa no te va a mantener, te puede ayudar con el gasto, pero no mantener’ y comencé a vender paletitas.”

Mientras entraba al mercado laboral formal, el vender paletas sirvió como entrenamiento disciplinario de lo que significó trabajar por el resto de sus días. Además de vender paletas, también aprendió carpintería de obra. Dos años después, Hugo comenzó su a trabajar de manera formal, su padre ayudó en esta transición:

“...me metió a la empresa donde trabajaba él, comencé como armador de refrigeradores solo estuve como 6 años. Tuve muchos trabajos, me cambiaba a cada rato. Por lo general eran trabajos a pie de maquina (operador de maquinaria en constante producción), en donde se armaban cajas, por ejemplo, o también daba mantenimiento a maquinaria. Donde te digo que estuve (en la empresa armadora de refrigeradores) entró a huelga. Tuve que irme. No tuve problema en encontrar trabajo pronto. Al año de salirme de ese lugar, tuve otro empleo, tenía 25 años, era una empresa que armaba cocinas y muebles para el hogar, duré dos años. A mis 27, trabajé como obrero de rastro, en el mismo rastro que llegó a trabajar mi mamá, me salí al poco tiempo. Cuando cumplí 28, todo estabilizó en mi vida, o al menos ya no salté de un lugar a otro. Encontré trabajo en una fábrica de poliuretanos; en una ensambladora de asientos para carros; pero finalmente duré en algo bueno. A los 30 años entré, duré 30 años y, recién me pensioné de una empresa cartonera que opera, ahí, atrás del Metro Camarones”.

La historia laboral del señor Hugo presentó varias transiciones en la búsqueda de un empleo estable, sin embargo, la inestabilidad de cada uno de sus anteriores trabajos lo llevó a establecerse en aquella empresa cartonera: “...en mis trabajos, yo era bien amiguero. Cuando uno es chavo, le vale que lo corran o que le descuenten por andar en el desmadre

en lugar de trabajar. Pero es verdad que sin esos amigos no hubiera llegado a la cartonera.”

Los trabajos del Sr. Hugo estaban en la cercanía de su hogar. A los 30 años vivía con su familia nuclear. Este dato es importante porque al momento de trazar su trayectoria alimenticia comenta:

“...como todos los trabajos me quedaban a no más de una combi de ida y vuelta, pues, no hacía mucho gasto en comida porque luego me daba tiempo de preparar, en casa, lo que comería. Eso sí, algo que se comiera en frío, porque los tiempos en las empresas y fabricas no dan. No dan más de media hora. Ahora, ya hay hornos de microondas, antes, en la cartonera y las demás fábricas, contábamos con una parrillita de gas. Teníamos que calentar todo en platos de barro que era lo que nos aguantaba para llevar el taco al trabajo. Pero, mira, pasábamos 20 minutos calentando el alimento. Nos quedaban 10 minutos para comer. ¿Cómo íbamos a comer tan rápido? No. No. Lo que hacíamos, entonces, era que nos organizábamos. Había compañeros que llevaban comida que hacía su mujer. Pues llevaba para todos. Lo que comíamos era de a montones: churros, tacos de guisado, frutas, gelatinas, garnachas muchas, hasta coctel de camarón. Lo divertido era que, como no podíamos comer en la planta productora, porque nos castigaban con días de descanso (días no pagados), era necesario esconderse, no había de otra. Yo mismo estuve al pie de máquina, ¿a qué hora comía?, todo el día tenía que estar atendiendo la máquina. Tenía que comer lo más rápido, y lo más rápido siempre fueron mis garnachas y mi coca, que compraba a mis mismos compañeros.”

Es importante reconocer que la trayectoria de alimentación desbalanceada no está ligada a los salarios que pudo tener el entrevistado. Todo lo contrario, es el tiempo que dan los empleadores dentro de la fábrica, lo que conducen a una alimentación rica en carbohidratos, azúcares y desproporcionada.

Hugo, reconoce a lo largo de la entrevista, que nunca tuvo cuidado en vigilar su alimentación. Sin embargo, se percató de sus excesos alimenticios, consumo de alcohol y cigarro, cuando comenzó a subir de peso a raíz de abandonar el deporte. En su juventud, a pesar de trabajar largas jornadas laborales (casi 12 horas), los fines de semana practicaba fútbol en los campos cercanos a la vivienda de sus padres. Hacer ejercicio dos veces por semana era parte de su cotidianidad, no había pretexto para faltar a los campos.

Entre el deporte y el trabajo, más su extrovertida forma de ser, añadían, como parte de su rutina, consumir alcohol y cigarro una vez llegados los días viernes:

“...desde los 15 años me ponía unas borracheras de 3 días, viernes, sábado y domingo. No faltaban los compañeros o amigos querían echar una chela, un trago o lo que fuera. Pues ahí me tienes, siguiéndolos. Al principio, no me gustaba porque no le veía el chiste a comer y tomar, pues salíamos de la cascarita y lo que uno tiene es sed. Bueno, nos íbamos por nuestras garnachotas y nuestra caguama, de ahí, que el trago de pomo. Comenzaba una reacción en cadena, eso sí, terminábamos tumbados en la calle. Imagínate, desde los 15, hasta los 28 años, y de los 28 hasta los 50, ya me moderaba. Me daba pena que me recogieran de la calle todo borracho, buscando comida. Era un borracho de lo peor.”

Las razones de frecuencia de consumo de alcohol iban desde el estrés laboral, la necesidad de sentirse aceptado e integrarse, problemas de pareja, entre otras:

“...llegó el punto en donde yo ya no quería llegar a casa para ver a mi esposa. Era tremenda, pero yo pensaba en mis hijas, eso me animaba a querer estar con ellas. No iba a permitir que su mamá me viera tirado de borracho, solo por no saber manejar la situación. Tuve que dejar de tomar. Moderé mi consumo y seguí mi vida. Eso sí, cuando me diagnostican con diabetes, lo dejé por completo.”

Pese a su trayectoria alimenticia, el señor Hugo no recuerda haber presentado algún síntoma comúnmente asociado con la enfermedad: necesidad de ir con frecuencia a orinar, sed en exceso, mareos: *“... nunca fui a un chequeo de rutina. De esos, que uno se hace na'mas para saber si está bien. En la cartonera teníamos un médico que nos auxiliaba y nos daba nuestros permisos para salir, si estábamos enfermos. Con ese servicio, ya no teníamos que ir al Seguro. Pinches filas y atenciones horribles. Lo que no sabía es que era necesario asistir al IMSS, porque ahí si te piden los exámenes médicos de sangre y todo. Yo ni al caso. Lo que uno piensa es: 'A mí no me va a pasar'. Qué pensamiento tan pendejo, porque cuando menos vi, ya me estaba desmayando en medio de la producción. Ese día me sentí mareado. Una compañera, con las que comprábamos comida, se me acercó: '¿Se siente bien, Hugo?, No, me siento muy débil, pásame una gordita de las que hizo, igual con eso me compongo, No, Hugo, se ve mal, vaya al doctor, No, no quiero ir al médico, Vaya, dígame al vigilante, se ve*

pálido y mire, se anda cayendo, váyase ya.’ Esa señal la dejé pasar. Pasó cuando tenía 51 años. Fui al médico. Me diagnosticaron como Pre-diabético, pero como buen ignorante que soy, me valió madres, seguía comiendo mal. Como siempre comí. Total, todavía estaba bueno para trabajar.”

El entrevistado reconoce que la falta de interés por su salud no fue prioridad pues el trabajo era más importante, porque los gastos que genera la vida diaria son vitales, más si en una etapa adulta se vive con los padres. Comenta al respecto: “...después de que me divorcié he vivido con mis padres, claro, les ayudé y ayudo con los gastos, así llevamos la casita. Me fui a vivir con ellos cuando tenía 30 años, ya estaba separado y con mis dos niñas, yo me quedé a las niñas y ellas quisieron. Fui papá soltero, mi prioridad era ellas. Hasta ahorita conseguí mi propia casa, no era necesario estar buscando, todos nos apoyábamos...” En comparación con su matrimonio tuvo una vida emocional más sana: “...era un alivio estar en casa con mis padres, en mi matrimonio no había día que no sintiera, como...desesperación. Todo el tiempo estaba frustrado, mi esposa se enojaba de todo. Para evitar problemas, no le decía nada, uno aprende a convivir con esas malas caras. Lo que no, es que no aprendí a controlar mi ansiedad. Esa canija ansiedad de comer, y comer, y comer, aunque estés lleno. Cuando vivo en casa de mis padres, esa ansiedad desapareció, hasta mis ganas de tomar. Qué raro, pero sí. Creo que depende el grado de apoyo moral y emocional que te de tu entorno familiar, yo quería que, mínimo, me preguntaran cómo me había ido en el día, no que me recibieran con malas caras. Cuando salí de ese matrimonio, fui feliz con mis hijas.”

Los relatos que el señor Hugo expresa a lo largo de la entrevista, tuvieron como eje conductor las parejas sentimentales. Las etapas de su vida hacen referencia a las vivencias con sus parejas a partir de su único matrimonio y, posteriormente, en razón de una cohabitación intermitente con el resto de sus parejas. Es necesario hacer hincapié en este detalle, porque los puntos de comparación dentro de su vida están basados en la percepción que tuvo entre una pareja y otra. No obstante, hago énfasis en tres relatos principales relacionados con su trayectoria conyugal o de cohabitación.

Al respecto, Hugo nos introduce a su vida conyugal: “Me casé a los 23 años, ese fue mi único matrimonio, digamos que formal, porque realmente fue el único que estuvo ante el Registro Civil. No duramos mucho, 5 años por más. Era un matrimonio muy malo. Teníamos

problemas de comunicación, yo no quería llegar a casa para ver a mi mujer enojada. Cuando estuve con ella, vivíamos en su casa. Ella tenía dinero, a los 20 años, ella ya era dueña de un departamento, chiquito, pero suyo. Por supuesto, mi ex pareja trabajaba. Ella aportaba el mayor ingreso a la casa, mientras yo, lo menos. Pero nos iba bien en la administración del dinero. La dinámica en el hogar era algo extraña, porque yo no estaba acostumbrado a que una persona de limpieza estuviera en casa, por lo tanto esta persona de planta, se encargaba de todo: comida, limpieza, cuidado de niñas. No existía día en que yo no recibiera regaño por llegar tarde a casa, pues claro, trabajaba casi 12 horas diarias. Llegaba cansado, no podía cuidar a mis niñas. Lo único que quería era comer, prepararme el taco del día siguiente (si quería) e irme a dormir. Eso sí, jugar con las niñas, siempre aunque sea 30 minutos. En cuanto a la comida, como era tarea de la señora, no me preocupaba tanto, todo era casero y sano, sobre todo pensando en las niñas.”

Al respecto de este matrimonio, el Sr. Hugo no quiso profundizar en relatar su experiencia. Sin embargo, pudo expresar su sentir relacionado con la ansiedad que le producía no ser el principal aportador de los ingresos al hogar. Posteriormente, pudo tener una relación en cohabitación con su nueva pareja. Aunque él vivía y tenía la mayoría de sus pertenencias en casa de sus padres, con su actual pareja vivió la crianza de sus hijas, modificación en sus hábitos alimenticios y apoyo emocional:

“Con mi actual pareja tengo más de 22 años de estar juntos, la conocí un año después de haberme divorciado. Lo digo así porque no nos hemos casado, ella no se ha divorciado de su anterior matrimonio, digamos que está separada. En esta relación me sentí muy contento, con sus altas y bajas. Ella era muy independiente, tenía su casa, su carro, sus hijos ya grandes. Yo apenas estaba empezando a vivir. Es 10 años más grande que yo, la edad nunca fue problema. Cada quien tenía su vida, pero ella se animó a convivir con mis hijas, incluso cuidarlas, por el simple hecho de quererlas. Fui feliz, lo que quiso decir que engordé. No comía por ansiedad, comía porque ya estaba contento, ya no me preocupó mi peso. El año de diferencia entre una y otra pareja, tuve muchos cuidados, me alimentaba bien, trataba de caminar aunque estuviera cansado después del trabajo. En esta relación mi pareja hacía de comer, elegía bien los productos, me mantuve delgado por mucho tiempo, pero luego, subí y

subí de peso. Como te decía, me valió madres, hasta que me andaba desmayando en la máquina.”

Cuando se le pregunta por sus hábitos deportivos, Hugo hace mención de su afición y practica por el fútbol, estuvo activo desde los 9 años, hasta los 27, un año antes de su separación: *“...mi ex esposa era bien chismosa, me traía problemas, a todos les decía que no era buen hombre, que no era responsable, y cual, bueno, sí, fui alcohólico y pensaba que no afectaría la relación. Lamentablemente no fue así, en fin. Tuve que hacerme cargo de todo, corregir mis errores, y seguir adelante.*

La crianza de mis niñas no fue fácil. Uno cree que es bien fácil, pero no. Tenía la asesoría de mi mamá, ella no permitía que me hiciera de la vista gorda y tampoco era una solapadora. Aunque yo trabajara, tenía que estar a cargo de las niñas. Seguía el consejo de mi papá: ‘si hay un plato de sopa, primero comen tus hijas, luego tu mujer y al último, tú’. Todos comíamos en las mismas proporciones. Mi madre no dejó de apoyarme. Posteriormente, mi actual pareja, también se involucró. Fui padre algo joven, a los 24 años, tuve a mi primera hija; a los 27, la segunda y última.”

El señor Hugo ha asociado su vida con el de sus parejas, porque él mismo se ha observado como alguien que quería ser cuidado y con problemas importantes de autoestima. Afortunadamente, pudo salir y adaptarse a la realidad que le rodeaba y nunca dejó de ver por su principal motivación, la vida de sus hijas y su madre: *“...por mucho que uno quiera a su pareja, si uno no se cuida, imposible será cuidar a alguien pequeño. Yo tuve problemas por tonto, por no darme cuenta de lo importante que soy. Uno tiene que reconocer que necesita ayuda porque no está bien uno mismo. A veces le da pena, a uno, platicar sus penas, pero no importa, debes hacerlo. Me di cuenta que yo valgo tanto como mi ex esposa, y tanto como mis hijas, y como cualquier persona. De joven yo pensaba que no me iba a querer nadie, porque siempre estaba triste, pero no. Fue un error creer eso. Uno cae en adicciones, excesos. No es como si no los hubiera disfrutado, pero nada como volver a comer en el hogar, con tu familia, con tus seres queridos.”*

Tras estas reflexiones, la jubilación es un tema inmediato, porque Don Hugo la ve como una oportunidad para seguir haciendo:

“Uno no se pone a pensar qué hará cuando se jubile. Cree que es la rutina de siempre, una donde ya está cómodo, y no. Cuando me jubilé, que fue en el 2019, hace unos meses, me dolió. Me dolió mucho porque me sentí viejito. Como que ya no servía. Yo me las daba de bien galán, de bien alegre. Lo primero que tuve que hacer fue darme cuenta que era viejo. No podía comportarme como un joven, digo, juventud que yo conocí, ahora quién sabe qué ondas traen. Después, tuve que pensar en qué carajos hacer. Me preocupé mucho, pero, mira, ya no me importa, quiero disfrutar mi papel de viejo, donde disfrute a mis 3 nietas -no tiene mucho que nació la última, se llevan un año cada una-, donde disfrute el apoyo que me dan mis hijas, disfrute a mi pareja. Por ejemplo, ahora que ya estoy en casa, me doy cuenta de lo bonito que es involucrarte a la hora de elegir los alimentos, tienes mayor conocimiento de lo que comes. Uno lo aprende después de que le dicen: ‘tienes diabetes’. Ahorita solo me queda seguir aprendiendo.”

El diagnóstico que presentó Hugo, frente al médico que la empresa cartonera ponía a disposición de los trabajadores, lo consideró como positivo para DMT2. La sorpresa, para el entrevistado, fue la respuesta del médico que interpretó los resultados: *“...ni se espante, a todos nos va a llevar la chingada por no comer bien. Es su responsabilidad controlar lo que come. No le voy a recomendar que deje las tortillas, más bien, absténgase de comer pan y sopas de fideo. No tome refresco y bájele a la azúcar. Es imposible que no consumamos azúcar, en todos los alimentos los hay, el problema es que no nos basta con lo que hay y tenemos el descaro de echarle más dulce.”*

Para Hugo estas recomendaciones fueron complejas de seguir, ahora tenía que vigilar su consumo cotidiano:

“...no sabía cómo controlarme, te juro que yo lloraba porque dejaba de comer lo que siempre: pan, galletas, garnachas, refrescos, natas, todo. Era mi vida, era lo que tenía cerca de casa, del trabajo, del transporte. Pero ni modo, era eso o morirme. Uno piensa que no le va a pasar: ‘yo como de todo’, ‘tomo mucho’. No, uno no sabe que está acabando con su propio organismo. Como sea. Me acostumbré, más bien, tuve que acostumbrarme. Lo que de plano no puedo hacer es el ejercicio. Yo no puedo moverme bien, tengo una lesión desde joven. Y curioso, me hice los análisis porque me sentía cansado, como te dije. Pero no, ya tenía la méndiga diabetes. Es tonto dejar de comer, na’ más hay que bajarle.”

Don Hugo, comprendió que tenía que cuidarse si no quería morir como su padre, quien presentó problemas de insuficiencia renal, amputaciones y ceguera:

“Cuando me enteré que tenía diabetes, comencé mi tratamiento, hasta la fecha solo tomo dos pastillas de metformina, una la mañana y otra en la tarde. No pensé que era importante mi alimentación, pero me acuerdo de mi viejito (su papá) y todo lo mal que la pasó, no quiero estar como él. En comparación con mi mamá, no 'mbre, ella es fuerte y tiene la diabetes. Yo creo que los dos me la pasaron. Como sea, pensé que a los 57 años era muy pronto para tener diabetes, pero no, supe que era una oportunidad para aprender de forma sana. Claro, uno cree que es castigo del Señor. Nada más equivocado, ni Él tiene la culpa de nuestro descuido.”

La noticia que tuvo Hugo no impactó como en otros casos aquí expuestos. Sin embargo, reconoció, dentro de la labor dialógica que, necesitar ayuda en el proceso de adaptación resulta un pilar esencial en el seguimiento de la dieta y el proceso adaptativo:

“...comer con la familia y la pareja es importante, necesitaba sentirme respaldado por comer frente a mi familia. Al principio, sí eran problemas, porque ellos tenían su comida y yo la mía. Ellos se comían unas gorditas de chicharrón y yo, una ensalada, por decir algo. Me enojaba mucho, no quería ni sentarme en la mesa. Llegaba la hora de la comida y me encabronaba. Pues oye, mientras veía cómo hacían el pozole, yo cortaba mis verduritas. No fue hasta que tuve los pantalones de decirles que necesitaba apoyo moral. No les pedí que siempre comieran como yo. Con los meses me acostumbre, porque uno no cree que este intoxicado de tanta porquería que comió. Uno se hace adicto. Pude superarlo. Ahorita como bien, de buenas. Me invitan a las gorditas, sí, pero cada 3 meses. Me invitan a las chelas y me tomo una. Me invitan a comidas y puedo controlarme....”

El señor Hugo reconoce que vivir con la enfermedad, es cuestión de disciplina y constancia. No obstante, tiene claro que su progreso no sería posible si no contara con el apoyo de sus redes. Por un lado, su familia y la alimentación, por otro, las amistades que le dan ánimos para seguir cuidando su salud:

“...gracias a la vida o yo qué se, me pregunto: ¿qué haría si no tuviera amigos médicos? Con quienes me checo la glucosa, son con mis amigos, los niñitos que conocí en la

secundaria. Ya son viejos como yo, pero me atienden, tienen su consultorio. Me alientan a cuidar mi alimentación, ellos también tienen diabetes. Solo pienso: pues si uno ya comió, ya tuvo adicciones, ya vivió, toca cuidarse. La vida es tan bonita que hay que vivirla. Si tienes diabetes, vive.”

Juventino

...lo comido y la bailado, ya nadie te lo quita

Juventino Arriaga, es el nombre de un odontólogo egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México. Nació en el año de 1959 en el Estado de México. Al momento de la entrevista, recién había cumplido 60 años.

Hijo de un matrimonio dedicado al comercio, minería, trabajo en talleres de costura, entre otras actividades a lo largo del tiempo. Su padre y madre, tuvieron estudios truncos a nivel primaria; su mamá habría estudiado hasta el 3er año y su padre, hasta el 6to año sin concluirlo. Ambos se conocieron en una localidad del estado de Michoacán. En esta entidad federativa, se gesta la vida del señor Arriaga, por lo que al momento de estar en el vientre, los cuidados que podían otorgarle eran de acuerdo a las posibilidades de la comunidad:

“... mi mamá no tuvo cuidados médico, como tal, cuando estaba embarazada de mí, pues imagínate era un pueblito. Lo más que había era el servicio de una ‘rinconera’, así se les decía a las parteras. Decía mi madre que ella era enfermera, que trabajaba en un hospital y que iba a prestar su apoyo al pueblo, porque le gustaba. Esta rinconera hacía labores de acomodamientos y recomendaciones de hiervas para aliviar dolores, pero pues ese era el único cuidado. Que yo sepa, no tuvo cuidados más allá de eso, porque realmente ni tenía dieta especial, no tenía recomendaciones alimenticias y, bueno, tenía que comer como se comía en el rancho (mucho carne, verdura y frutas de temporada) y a veces un poco de más. Te comento esto porque, mi madre, daba a luz al producto, lo amamantaba y a los 6 meses ya estaba esperando al siguiente hijo, ¿cómo no iba a comer más? Me llegó a comentar que algo tomaba cuando yo estaba en el vientre... era cerveza con huevo, que para tener fuerzas, trabajar y cuidar a mis otros dos hermanos.”

El señor Juventino es el 3er hijo de 7 hermanos vivos. Al tener 4 hermanos y 2 hermanas, comenta, que las labores del hogar eran tajantemente divididas por el jefe de familia: *“mi padre era hombre macho, alto, fornido, era proveedor, decía: ‘cosas de viejas y cosas de machos’. Él era alcohólico, comía mucho y mal, decía que su deber era hacer hijos y mantenerlos. No se involucró en cuestiones del embarazo, crianza y cuidado tanto como mi mamá. Es que antes, y menos en el pueblo, no habían pláticas de planificación familiar, ni control de embrazo, menos se hablaba de sexualidad. Eran otros tiempos”*.

La vida de su padre carecía de auto cuidado. Al ser trabajador, tener tanta responsabilidad por llevar el mayor ingreso a casa y procurar alimentos, no tenía tiempo ni de pensar lo que comería. Su papá fue diabético a muy temprana edad, alrededor de los 24 años, puesto que a los 50, ya había perdido dos dedos pulgares y se encontraba bajo tratamiento sustitutivo (diálisis). El recuerdo que tiene de él, al conocerlo en algunas etapas del curso de la enfermedad, fue su principal referente para tras el diagnóstico de DMT2. Aunque su mamá también desarrolló la enfermedad, a los 40 años (edad de diagnóstico), ella vivió más tiempo que su papá, no tuvo mayores complicaciones debido a la frecuencia de “chequeos médicos”, seguimiento de tratamiento, alimentación balanceada, etc.

Juventino describe su infancia como una etapa feliz de su vida. Había de todo, comenta, pero con carencias. Cuando él nace, sus padres ya habían adquirido una propiedad en Ciudad Nezahualcoyotl, Estado de México, en los límites con la Ciudad de México:

“... mis días eran felices en Neza, claro, como todo niño, jugaba con mis hermanos al bolillo pateado, o baseball, que era prácticamente lo mismo. Existía la pobreza, pues en Neza, donde pasé toda mi infancia hasta los primeros años de la adultez, no existía pavimento, las calles eran trazadas por las casas; el agua, no era potable, tenía salitre, no podíamos tomarla y la que usábamos la teníamos que acarrear; luz eléctrica, teníamos gracias a que íbamos caminando con un cable para traerla desde el D.F.; no había nada, más que algunas casas con establos, Neza, se estaba poblando en la década de los 60”.

Recuerda que, pese a las carencias, Don Juve (como le gusta que nombren), no padeció hambre, aunque había épocas donde *“ni para un pan con café”*. Las relaciones con otras personas cercanas a su colina y casa, hacían más llevaderos esos problemas que, cuando niño,

no se daba cuenta: *“Claro que había pobreza, pero siempre me fijé en otros, y bueno, no estábamos tan mal, tuvimos apoyo de muchas personas cercanas que nos compartían o agua o luz, eran personas bondadosas...”*

Durante la juventud, el informante no tuvo otra historia más que la de su escuela y la enorme pasión que sentía por la odontología, sin embargo, desde la preparatoria, comenzaba a vivir los efectos de una casa saturada. En la casa de sus padres, llegaron a vivir hasta 15 personas. Sus tías y sobrinos, comenzaron a vivir con la familia de don Juve. La escases de alimentos era cada vez más pronunciada y su padre comentaba: *“...hasta la secundaria, todo es fácil con los hijos, después te pones a parir chayotes, todos comen más, tienen más necesidades...”* Recuerda que el vivir con más personas bajo el mismo techo, tenía sus ventajas porque había nuevas formas de apoyo al interior de la familia: *“un vez no había nada de comer, yo me tenía que ir a la escuela, estaba en la universidad. No había nada, así como te lo cuento, dos tortillas y solamente. Mi tía, al ver que teníamos que irnos a la escuela, mi hermano y yo, se salió a las 6 de la mañana, quién sabe cómo le hizo pero consiguió un Jarrito (refresco). Esa mañana, mi desayuno me supo a gloria: tortilla con sal y un vaso de jarrito de piña, con eso duré aquel día. No era siempre esa escases, pero ¿qué hacer? Había más opciones para desayunar en las mañanas, pero implicaba que tenía que despertarme desde las 4 am, yo prefería dormir, yo vivía en la universidad. Solo llegaba a dormir a casa. No me creían que iba a la escuela, pues salía temprano y regresaba hasta noche.”*

Cuando él era joven y casi un adolescente, comenzó su consumo de alcohol y cigarros a los 10 años de edad y continúa su consumo hasta la actualidad, salvo con restricciones en las cantidades. Pero para conseguir alcohol y cigarros tuvo que aprender a trabajar y producir incrustaciones dentales. Aprovechó al máximo sus conocimientos y pudo solventar esos gastos y un poco más, puesto que sus padres los apoyaban con lo justo para los pasajes, el resto era por su cuenta.

La comida en casa tenía restricciones importantes y, en su día a día, tal vez se quedó con apetito, más no con hambre. Había excepciones donde había “carne para aventar al cielo”. Éstas, eran ocasiones especiales o fiestas familiares o tiempos decembrinos: *“mi padre acostumbraba conseguir guajolotes o cochinos para las fiestas, además de alcohol que no tenía que faltar. Disfrutábamos de todo, porque había para todos”*.

El problema de hacinamiento en casa, dejó de ser constante con el tiempo, el problema fue intermitente, por lo tanto la distribución de los alimentos al interior del hogar fue modificando a la par del número de familiares visitantes. La alimentación y la escases de productos al interior del hogar, no eran problema para “maravillosa administración de las mujeres de la casa”. Aunque todas las mujeres adultas o que no estudiaban, tenían empleos o alguna ocupación además del cuidado del hogar, don Juve, comenta: “...*gracias a las mujeres, que son todo o eran todo en el hogar y con lo que yo crecí y vi, nunca hubo alguien sin comer en la mesa, todos alcanzábamos bien. Comíamos lo que necesitábamos para seguir en la vida cotidiana. Te lo comento como hijo y como esposo y como todo, las mujeres son unas excelentes administradoras de lo que sea. Con una buena administración no hay escases. O es ilusoria, porque cuando eres joven quieres lo que el otro tiene, pero no te das cuenta que alimento nunca te falta y es por los ingresos y administración de las mamás. La prueba es que todos mis hermanos y hermanas tuvieron carrera y hasta especialidades estudié*”.

Los ingresos así como la administración de éstos, eran responsabilidad de los padres, sin embargo, este periodo de apoyos estuvo presente a lo largo de toda su trayectoria escolar. El informante tuvo una trayectoria educativa continua hasta concluir una carrera universitaria, posteriormente pudo estudiar especialidades en materia de odontología. Su trayectoria educativa comenzó a los 5 años, cuando ingresó al Jardín de Niños; a los 6 años ingresó a la primaria; posteriormente, a la secundaria con una edad de 12 años; a los 15 años, entró al nivel medio superior y por último, a los 18 años cumplidos entró a la Facultad de Odontología para concluir su carrera a la edad de 22 años.

A lo largo de su trayectoria, comentó que la forma de comer estaba limitada a lo que había en casa. Sus horarios de comida incluían largos periodos de ayuno:

“...durante mi primaria, y en general mi educación básica, que era...primaria y secundaria, desayunaba a las 6 y de ahí comí hasta llegar a casa, como entre 13hrs y 14hrs. No nos ponían lonche, solo nos íbamos con el pasaje. En la prepa, igual. Pa’ qué te cuento, era difícil, hasta en la universidad todavía me tocó que no había ni para desayunar, y me iba con mi pasaje”.

Cuando Juventino comenta que los ayunos eran prolongados y no existía algún bocadillo a lo largo de los días de su trayectoria escolar, recuerda que era un hombre extremadamente delgado, “parecía una lombriz parada”. En la universidad y con 20 años cumplidos, Juventino aprendió a producir incrustaciones de alta calidad. Él vendía su trabajo a diferentes dentistas que requerían piezas, éste fue, lo que considera su primer empleo en el campo de la disciplina que decidió estudiar: “...como luego, solamente me iba con mi pasaje a la universidad, no comía nada, ¿te imaginas? No, yo ya veía colores en lugar de cosas. Afortunadamente tuve buenos amigos, con más recursos que yo, que me invitaban un taco. Y era: ‘vente, vamos a comer, No, no tengo hambre, ¿Cómo no? Ya ven’, pues yo ahí iba, al menos dos veces por semana aceptaba esas invitaciones que eran un alivio, ‘mano. Sin embargo, con la hechura de las incrustaciones, sacaba un dinerito y ahí sí, podía comprarme cosas para comer. Por ejemplo, cuando no era un Gansito (pastelillo) y un Jarrito (refresco), entre mis compañeros y yo, cooperábamos para comprar un pollo rostizado, lo conseguíamos afuera de Ciudad Universitaria”. Comenta que, a pesar de recordar su formación escolar con mucho cariño, pues lo llevaron a ser lo que hoy es, la universidad fue una etapa significativa en su vida, donde aprendió el valor de trabajar, pues nunca había percibido dinero por una actividad: “...trabajé en los diversos negocios de mis padres, que tenían en Neza, pero lo que ayudaba era para la venta y por lo tanto, de las ganancias para la casa”.

Don Juve cuenta que, en tanto a frecuencia y horarios de consumo a lo largo de su vida escolar el ayuno eran de más de 5hrs, debido a que el lugar donde consumía los alimentos cotidianos era el hogar. En su formación básica, hasta el bachillerato, los periodos de ayuno eran constantes, desde la hora de entrada a la escuela, hasta llegar a casa. No obstante, el trabajo en incrustaciones generaba un ingreso de 90 a 100 pesos por pieza elaborada, en la semana llegaba obtener unos 500 pesos. Al menos elaboraba una pieza diaria: “... no era fácil, es un rollo muy artesanal. Llegaban los laboratorios o los dentistas a pedir una pieza para el día siguiente, pero así como pedían, yo ganaba más. Me quedaba todo el día en los laboratorios de la Facultad de Odontología, por la comida ya ni me apuraba, pero eso sí comía muchas grasas, muchos refrescos, cigarros y alcohol los fines de semana, ni se diga”.

Al estar todo el día en las instalaciones de la universidad, el informante aclara que ese trabajo lo llevo a cabo los últimos 2 años de su formación, aunque el año más productivo fue el

último de su formación: “... como me iba bien, pues, para lo que es un estudiante, ya podía comer bien, pero no, este último año de trabajo en las instalaciones de la facultad fue un éxito porque aprendí. Ese trabajo es de perfeccionar, porque nadie te enseña, más que lo básico...”. Gracias al perfeccionamiento de su técnica, logró el éxito que tuvo. Con el tiempo pudo generar un ahorro. Este ingreso pudo utilizarlo para comprar su actual lugar de trabajo, el “Consultorio Dental Arriaga”: “...estudiar es muy padre, te abre las puertas en todos lados. Yo tuve la fortuna de conocer a un profesor que estaba vendiendo este consultorio, no era como lo que ves ahorita que ya tiene todo y más. En el aquél entonces, en el año del 82, un año antes de que me titulara, se lo pude comprar al profesor. Me lo entregó con una pequeña sala y la silla de trabajo”.

El consultorio no tenía el éxito inmediato que esperaba. Describe que tenía pocos pacientes, pero gracias a la promoción de “boca en boca”, podía trabajar a gusto. Comenzó, su trayectoria laboral en el consultorio que actualmente atiende. 35 años de trabajo en el consultorio, son lo que existe detrás de su vida:

“...cuando llegué, aquí no tenía mucho que hacer. Salía a promocionar o atendía los casos que había dejado el anterior doctor. Pero lo fui levantando (el consultorio) de a poco. Esto originó mi primera mudanza, me vine a vivir solo por aquí, a la Unidad Habitacional del Rosario, pero no estuve mucho, como 3 años, después la vivienda se terminó y ni hablar, regresé a casa de mis padres, a Neza. No dejé de atender mi lugar de trabajo. Claro, no era con la misma frecuencia, había días que no trabajaba y pues, se me iban los pacientes. Total. Tuve que levantarlo de nuevo.”

Esta serie de transiciones en donde el entrevistado tuvo que hacer mudanzas tuvo un impacto en su trayectoria alimenticia. No era la misma forma de alimentación al vivir solo que con sus padres: “no ‘mano, realmente la forma de alimentarme era fluctuante, porque mientras vivía solo, procuraba comer la calle, en las fondas, después regresaba trabajar, pero con mis padres, al ya aportar algo más a casa, me hacía cargo de comer lo que quería, a veces en casa, a veces en la calle, a veces en el camino al consultorio”.

Sin embargo, un año después decide casarse con su actual esposa. Adquieren un departamento en Ciudad Nezahualcoyotl, y un año después del casamiento tienen a su primer hija:

“yo tenía 27 años cuando nace mi hija, imagínate, no podía hacerme ya de la vista gorda, tenía que trabajar todos los días en mi consultorio, eso me dio estabilidad en cuanto a mi alimentación, porque tenía un horario estricto de comida, de 2 a 4 de la tarde. No ya no podía seguir padeciendo de hambre como cuando era estudiante. Prácticamente, no tuve ningún ayuno tan largo. Me recuperé, pero eso sí, había más gastos en casa. Un año después tuve a mi segunda hija, yo tenía 28 años y, hasta los 35 años, al hijo menor”.

El informante aclara que debido a los gastos que tenía con sus hijas e hijo, tuvo que administrar aún más los gastos para el hogar, porque *“tener el consultorio es como tener una segunda casa, tienes que pagar los servicios. Súmale las criaturas y comidas y escuela y...”* Sin embargo, su alimentación la considera como sana: *“...como de todo, como sano, dedicarle dos horas a la comida me da oportunidad de comer despacio, elegir bien lo que quiero comer, porque ya no es lo mismo jambarte un pollo rostizado cuando tienes 20 años, a que cuando tienes 50. Por lo que uno debe elegir bien y que le guste, porque luego hasta lo frito harta. Digo, lo consumo pero es algo que tiene que ser una vez cada 3 meses o cada mes”.*

Los horarios que ha seguido desde entonces son estrictos, sin embargo, el consumo de refrescos como un antojo o para acompañar la comida sigue vigente. Aclara que no es frecuente, pues prefiere aguas de sabores. El consumo de azúcar, desde su perspectiva, tiene control en su vida. Sin embargo, a los 40 años, comenzó a presentar síntomas propios de DMT2:

“...estaba por concluir una especialidad. Ahí, como estudiantes de especialidad, teníamos ayudantes para consultorio. En el consultorio me quejaba mucho de tener sed, por lo que mascaba chicle del diario. Preguntó mi ayudante: ‘oiga, ¿Ud. toma mucho alcohol?, No, ¿por?, Es que he visto que masca chicle y pienso que es porque quiere ocultar el olor de alcohol, No, lo que pasa es que tengo sed, Pero ¿diario?, A veces no se me quita aunque tome agua, ¿No será diabético?’”

Esta fue el primer síntoma que detectó, pero lo dejó pasar hasta que en su donación anual de sangre, le impidieron donar porque estaba alto en glucosa: “...donaba sangre desde los 35, pero a los 38 me dijeron que ya estaba alto de glucosa. Lo dejé pasara porque pensé que mi metabolismo estaba cambiando. No había tenido problema, pero en aquella ocasión me dijeron que yo andaba como en 200 en glucosa, estando en ayunas. ¿Por qué? Total, al mes siguiente me hice los análisis y pues sí, me detectaron la enfermedad a los 40 años”. El señor Arriaga, comenzó su tratamiento médico. Pero el principal problema era cambiar su alimentación:

“Me checaba (glucosa en sangre) con unas tiritas reactivas que usaba mi padre, ahí estaban, no las utilizó todas, porque murió joven. Agarraba esas tiritas y más o menos sabía cuánto tenía de glucosa. Era un estimado, porque no era exacto el valor que arrojaba, no era como ahora que hay glucómetro. Mucho menos había de esos que puedes tener en casa. Lo difícil no era tomarse el medicamento, ni checarse, fue la alimentación y mis excesos con el alcohol. Si comes algo durante toda tu vida, es decir en la vida que yo tuve, nunca lo dejas. Si acaso disminuyes las porciones, pero pues no. Yo no quería controlarme, pensaba: ‘si tanto tiempo la padecí debo mínimo comer bien’, bueno, no era comer tan bien”.

El poco control sobre su alimentación y consumo de alcohol fue tan grave que tuvo consecuencias importantes en su salud. Comenta que en una ocasión tuvo que detener su paso por las calles de la ciudad, los malestares eran mareo y palidez: “...después de aquella ocasión, tuve que moderarme aún más, no solo en la comida, también en el alcohol. Porque uno no se cuida hasta que le toca bailar las calmadas. A veces, es demasiado tarde, pero tengo que aprender porque a la fecha, soy adicto a estas cosas (enseña una botella de refresco de naranja)”.

Cuando recibe el diagnóstico, comenta que no hubo mayor modificación en las relaciones familiares a la hora de comer, aunque en un principio todos comían lo mismo que él: “...mi familia me apoyó, comían lo mismo que yo, pero qué culpa tienen ellos, si el enfermo soy yo. Ya imaginarás. Todos regresaron a comer como solían y yo, a mi suculenta ensalada de lechugas”. La relación con sus antecedentes familiares respecto a la enfermedad fue su principal motivación a moderar su dieta. Comenta que ver a su padre convaleciente por la enfermedad, el comienzo de las amputaciones que tuvo su primo, etc., lo orillaron a pensar

mejor las cosas: “...soy muy cuidadoso con mi alimentación, pero me sentía bien y volvía a caer en la tentación, me moderaba, y vuelvo a caer. Actualmente mi dieta es desayunar (huevo, café, pan no tan seguido), comer verduras entre comidas; de comida, comida corrida, evito las sopas, como consomé con arroz y el guisado, que por lo general es un trozo de carne. Si siguiera rigurosamente la dieta, no tomaría tantos medicamentos”.

Don Juve comenta que, además de diabetes, ha desarrollado problemas de glaucoma, tiene asma y es hipertenso. Gracias al apoyo de su esposa, es que en 2007 tiene seguridad médica por parte del ISSSTE:

“...no tenía seguro, hasta que mi esposa me aseguró. En el seguro me dan 6mil pesos en medicamentos y es importante ese apoyo. Al principio de mi enfermedad solo tomaba glibenclámid; dos años después, metformina para la hipertensión; 15 años después, linagliptida. Como que no quería ir al seguro, porque trataban mal a los pacientes, afortunados los derechohabientes, pues hicieron el decálogo del buen enfermero y bueno, ya voy más seguido a mis citas. Ahora voy a las atenciones de control integrales. Me checan el peso, dieta, glucosa, dan pláticas, etc.”.

El señor Arriaga reflexiona al respecto de la enfermedad: “si no te cuidas, te lleva la fregada, no te mueres, te lleva la fregada. Tienes que aprender a ser ordenado, no lo soy. Uno no quiere ser la carga de la familia para que me cuiden. Todos tenemos cosas que hacer. Después de todo, ¿quién te cuida desinteresadamente? Pues, sí, la familia. Mi papá, ahora que me acuerdo, me decía: ‘a mí, dame de comer, cabrón, lo comido y la bailado, ya nadie te lo quita”.

El diagnóstico de la enfermedad llegó más temprano que la vejez. Actualmente, Don Juve, no piensa en la jubilación, disfruta su trabajo, disfruta su vida y la vejez la ve como una oportunidad para seguir aprendiendo. Los planes que tiene, al momento de la entrevista, si llegase a pensar en el retiro, sería: rentar el consultorio e ir cada 15 días al estado de Guerrero, donde tiene una casa y disfruta mucho su tiempo libre.

La vejez, su vejez, en casa es un tema que no es tratado comúnmente. Existen comentarios como: “Oye, Juve (dice su hija mayor), como que andas despilfarrador, qué se me hace

que....No, hija, solo ya no hay tantos gastos en comida, todos hacen sus cosas, no comes aquí, tu hermana tampoco, tu hermano menos, solo come en la calle.”

El entrevistado no tiene nietos y su jubilación aun figura como plan a largo plazo. Comenta: *“Este consultorio es mi vida y voy a trabajar y seguir trabajando, aunque cumpla mil años. ¿Sabes qué?, podría ser que sí me jubile, pero solo cuando empiece a hacer pendejadas, como quitarle la muela buena a un paciente, mientras, sigo disfrutando de trabajo, porque es maravilloso, no todos tienen madera de odontólogos, ¿eh?”.*

Lino

¡Lo que aprendí a comer toda la vida, me lo quitan!

Lino Cruz es un hombre de 78 años de edad. Él es originario del estado de Oaxaca. Actualmente vive en la Ciudad de México y su principal ocupación es la venta de tamales en la alcaldía Cuahutemoc. Durante la niñez, su principal actividad fue el pastoreo y el trabajo en el campo destinado al consumo familiar. Su padre y madre no desarrollaron una trayectoria escolar, pues asegura que ninguno de los dos tuvo estudios de educación básica. La principal ocupación de su papá fue el atender el pequeño rancho que poseían y, su mamá, dedicó su tiempo al cuidado del hogar.

Al igual que la mayoría de las narraciones expuestas hasta el momento, comenta que los cuidados durante el embarazo de su madre, corrían a cargo de las parteras que laboraban en la comunidad. El costo de los servicios por cuidado, eran proporcionados según lo que produjeran, en ocasiones maíz, aves de corral, entre otras: *“... mi papá, me cuentan, que no se involucraba más allá de proporcionar los alimentos para que mi mamá se aliviara pronto de mí. Hasta ahí. Nací en la casa que ellos construyeron, no tenía cemento, era terracería donde estaba la casa. En el campo así vivíamos. Afortunadamente nací bien, sin ningún problema.”*

A la hora de la comida, lo que consumía la familia de Lino, estaba directamente relacionado con la producción del campo: *“Se acostumbraba frijol, tortillas, moles para ocasiones especiales, como en cumpleaños o navidades. Todo lo hacía mi mamá con ayuda de mis*

hermanas. Pues desde chicos, nos enseñaban desde pastorear, acarrear agua, pizacar. Las niñas tenían que aprender a hacer tortillas, ya crecidas, podían aprender a moler maíz, hacer la comida, así vivíamos.”

A lo largo de su niñez, Lino comenta que el problema de agua potable fue un problema severo, porque el pozo del que disponía la comunidad para abastecer los cultivos familiares se ubicaba a una distancia prolongada, por lo que implicaba que: *“...no podíamos tomar agua, como aquí, en la ciudad. Tenía que caminar como media hora para llevar agua a la casa, eran varios viajes, primero sacaba el agua para la casa, luego, para el campo. Entre que esto y lo otro, teníamos que hacerla rendir. Me acuerdo que tomar agua era un problema, racionábamos el agua para cada quien. Cuando mi mamá estaba esperando a una criatura, le dábamos preferencia. A veces pasábamos un día sin tomar agua, pero nos la curábamos con mezcal. En Oaxaca se acostumbra el mezcal y lo hacíamos o lo intercambiábamos con los vecinos. Desde los 10 años aprendí a tomar, o más chico, yo creo que como a los 8 años. Ni modo, teníamos que ir todos borrachitos a trabajar el campo.”*

Al momento de preguntarle sobre sus hábitos alimenticios, comenta: *“comíamos lo que daba el campo. Mi mamá hacía lo alientos, pero no alcanzaba bien, teníamos que aprender a comer poco. Dos veces al día comíamos, a veces una vez, pero era lo que se acostumbraba. De niño uno le busca, aprendía a comer hiervas que encontraba en el campo, me enfermé varias veces por comer cualquier cosa. También aprendí a treparme a los árboles para agarrar fruta. Sí uno le encontraba. Viví con hambre, pero hacíamos rendir lo poco. Teníamos una familia grande, de 9 personas una casa, en ese entonces, más tarde, llegó el menor.”*

El entrevistado es el 4to hermano de 10. Comenta que su complexión era extremadamente delgada, porque no comía bien: *“...era un niño raquítico, flaco, flaco. Si no comía bien era un milagro que sacara fuerzas para llevar al monte a los borregos, o sembrar allá arriba. Tenía que aguantarme o echarme un trago de mezcal, ya con eso. Me acostumbre a comer poco, hasta la fecha.”* La escases de alimentos que presentó durante su infancia fue un problema que afectó demasiado su trayectoria escolar, en pocas palabras, la truncó: *“A los 7 años empecé a ir a la escuela. No la terminé porque me dormía en el salón. El maestro nos regañaba y pegaba por no estar despiertos. Y con razón, no tenía energía para poner*

atención. Así que terminé mi tercer año de la escuela, a los 9 años, y me dediqué completamente al campo.”

Durante su corta trayectoria escolar, con respecto a la rutina de alimentación, narra lo siguiente: *“La escuela no estaba muy lejos, me quedaba a 30 minutos caminando desde mi casa. Me iba solo. Me levantaba temprano para llegar a tiempo y comer, si había algo. Por lo general me hacía un té, en el campo hay hierbas para todo, y con eso. Después de la escuela, llegaba a comer un plato de frijoles, para ese entonces, mi mamá todavía no hacía tortillas, porque estaba embarazada. Luego una señora, vecina de nosotros, nos daba tortillas, a cambio, le dábamos frijoles ya hechos. Como uno es niño, no teníamos más qué hacer, más que jugar en el monte, medio hacer la tarea, no era muy importante la escuela en la comunidad. Amiguitos míos se dedicaron al campo, después migraban a EEUU.”*

El señor Lino, reconoce que a los 10 años tuvo su primer trabajo. Éste consistía en el pastoreo de ganado, propiedad de la familia. El trabajo a temprana edad, inició un año después de interrumpir su trayectoria escolar. Durante 5 años consecutivos dedico su tiempo al trabajo del campo. A los 15 años, el señor Lino, comenzó a involucrarse en actividades comerciales. Los productos que vendía eran especias, chiles secos, granos, mole en polvo (recado), etc.: *“Salía de la casa con mis costalitos de materiales para vender. Ganaba poca cosa, 20 centavos, tampoco creas que vendía a montones, no, eran cosas pequeñas. La ganancia iba destinada a conseguir para la comida en casa, era un ingreso extra, podíamos consumir carne, de a cachitos nos tocaba. Digamos que el resto de lo que sobraba me lo quedaba, eran esos 20 centavos. Ya comíamos más y mejor, además los menores pudieron asistir a la escuela. No terminaron la primaria, solo tuvieron más estudios. Lo que tenía que hacer para vender era caminar hasta el centro. Me hacía 1 hora caminando. Teníamos dos burritos y un caballo. El caballo y el burro, lo usaba mi papá para el arado, el burrito que quedaba, ese, yo lo usaba para cargarle los productos. Me lo llevaba.”*

La rutina de alimentación que llevaba en el día era la siguiente: *“A las 7 am, tenía que estar desayunado, con una tortilla y un café, a veces me comía 4. Como a las 2, después de vender, comía bien con lo ganado del día, comía un taco de lo que fuera. Entre los mismos comerciantes sabíamos que en tal casa vendían sopa o arroz. Con eso la libraba. Ahí iba. Y ya, esas eran mis dos comidas. Sentía que no tenía que comer más. Me echaba mi traguito*

de mezcal. Listo para la casa. Llegaba y tenía que trabajar un rato a tierra, ya en la noche. Acomodar la herramienta, darle de comer a los animalitos. La carga de trabajo era más pesada conforme pasaban los años. Mi papá decía que de niños no podíamos trabajar tanto la tierra, pues nos faltaba fuerza. Cuando era un joven, aunque no quisiera, me tocaba ir a la tierra. Tenía que estar en la yunta, sembrar, fertilizar, cosechar. Bueno, dependía de la temporada.”

Las trayectorias de Lino, concuerdan de acuerdo a la teoría del curso de vida, puesto que el truncamiento de algunas trayectorias o transiciones, aceleraron el proceso de contraer nupcias: *“Me ganó la mujer, joven. Quiero decir que me casé. En ese entonces, era normal casarse antes de los 20. Para mi familia era buena edad que me casara con una mujer. Me casé, levanté una casita en el terreno de mis papás. Ahí viví un corto tiempo. Pasa que de por sí, no nos alcanzaba la tierra para 12 personas, ahora para 13, los niños que vienen, no, no. No quise quitarle a mi familia. La casa que levanté ahí sigue, pero decidí migrar a la ciudad, al Distrito Federal.”*

El evento migratorio que vivió Lino significó una oportunidad de rehacer su vida. En la ciudad figuraba un campo de oportunidades: *“Llegamos a la Ciudad de México. Conseguir trabajo no era tan difícil, podías salir a buscar trabajo a cualquier fábrica. Y ya. Para progresar en Oaxaca, era necesario tener recursos para nutrir la tierra, tener apoyos del gobierno, pero no llegaban. En la ciudad gané mucho más. Al principio nos apoyó mucho la familia de mi esposa. Nos dio techo su tía abuela, ella vivía aquí. Teníamos nuestro propio espacio, na'más pagábamos nuestra renta. ”*

En la ciudad, las dinámicas familiares en la ciudad, eran distintas para Lino: *“Nos organizábamos distinto, porque en Oaxaca, era convidar todo para todos. Me explico, trabajábamos para la familia y un integrante más también tenía que aportar. Bueno, aquí, no era así. Lo que trabajábamos era para nosotros, aunque viviéramos con la tía, era nuestro dinero. Pudimos comprar muebles, poco a poco, como cualquier familia. La comida, era diferente. La hacía mi esposa. Cocinaba más carne, comprábamos pan, refrescos, sopa de pasta, de esa de fideo. Verduras y frutas consumíamos más, eso nos hacía caro, lo limitábamos. Los frijoles no faltaron, las habas, los garbanzos. Ora sí que era más variado. La ciudad es más variada, pero cara. Aquí la supimos hacer.”*

El matrimonio único de Lino es descrito como uno caracterizado por ser “luchón”: *“...teníamos problemas económicos, si peleábamos era un día menos de organización. Como en todo matrimonio hubo problemas. Lo resolvíamos como si nada. Na’más nos organizábamos para el gasto de la semana. Cuando llegaron los niños, teníamos que ver lo del doctor. Éramos luchones. No nos rendimos. Sacamos la carrera de nuestros 8 hijos.”*

A diferencia del contexto rural en el que creció, en la ciudad, Lino descubrió que la educación importa mucho: *“Allá, uno no estudió, no importaba. Aquí es obligatoria, sí le sufrí, porque eran gastos para 8 niños. Vestir, comer y calzar, es un gasto fuerte. Ni modo, lo hicimos. Para organizarme con mi esposa, a veces yo los cuidaba. Les hacía de comer, luego, ella los cuidaba. No turnábamos.”*

El entrevistado aclara que al llegar a la ciudad, el primer empleo que encontró era de trabajador manual en una fábrica. Trabajó durante 5 años: *“En la fábrica duré poco mas de 5 años. Lo dejé, porque no me gustó el trabajo. Si en el campo comía mal, en la fábrica no comía. Lo que pasa es que daban como 20 minutos para comer. Qué comía, no para poner la parrilla a calentar. Prefería llevar esos centavos a la casa y no gastarlos en comida. Como en todas las fábricas, afuera, hay señoras que llevaban sus cazuelas de comida. Un amigo que conocí en ahí, me contó que era mejor idea poner un negocio. Yo ya sabía vender, así empecé en Oaxaca. Puse mi negocio de tamales, yo te vendo lo que sea, fui re bueno para el negocio. Hasta pusimos un local de antojos mexicanos, mi esposa y yo. Ella hacía los antojitos, yo hacía los tamales. Nos iba re bien, salvo en la crisis del 80, creo. Vendíamos menos, pero no porque no tuviéramos clientes, sino porque teníamos más competencia. Afortunadamente, nos habíamos hecho de una agenda de clientes y no la sentimos tanto.”*

La división del trabajo en la venta de tamales, involucró de manera directa a los hijos de Lino. La edad para involucrarse en algún momento del proceso, no era limitante para considerarlos parte de la producción: *“...Chiquillos ya sabían hacer tamales. Sí, tenía que meterlos al negocio. En la escuela aprenden lo que tengan que aprender, pero también es bueno que sepan trabajar. Hacer tamales es un trabajo arduo, trabajaba todo el día y noche, con mis respectivos descansos. Todo tiene que estar listo a las 7 de la mañana, para salir a vender. Obviamente no los ponía a revolver la masa, que es lo pesado, los ponía armar unos poquitos de tamales. Con eso era suficiente. Apenas terminaran la secundaria, los metía al*

negocio, como ayuda. Gracias a eso, pudimos levantar una casa, construir un corralito, sembrar lo que se podía. La vida de campo no la abandoné, traté de replicar lo que pudiera.”

Lino tuvo 7 hijos. El primero llegó cuando el entrevistado tenía 21 años de edad, posteriormente cada 2 años, decidían tener un nuevo integrante en la familia: *“Tuve a mis niños ya grande, a los 21. Primero teníamos que adaptarnos a la ciudad y los gastos aquí. Por eso nos tardamos en tener bebés. En un principio, teníamos seguro, porque era prestación de la fábrica, pero como me fui, ya no teníamos seguro. Cuando inicio el negocio de comida, obviamente no teníamos doctor (seguro), teníamos que asistir al Centro Médico. Atendíamos a los niños ahí, también los embarazos de mi esposa. Hasta yo, si me sentía mal, iba y ya. Me acuerdo que yo asistía, frecuentemente porque sentía cansancio, dolor muscular de los pies. Ya tenía la diabetes, solo que yo creía que era por el trabajo. No le tome la seriedad que debe.”*

Lino mejoró condiciones de vida que involucraban alimentación, vivienda, vestido, trabajo, ganancias, etc. Sin embargo, conservaba la frecuencia de comer dos veces al día: *“Comer como en el rancho, no se me va a quitar, hasta la fecha, me cuesta mucho comer las 5 veces que nos recomienda la nutrióloga, pero es que yo crecí comiendo dos veces al día. Cuando era joven, quien hacía la comida era mi esposa, aunque hubiera comida de sobra, yo solo comía dos veces al día. Ya comía cosas más dañinas, que la coca, que las gorditas, que lo que fuera, muchas tortillas, pan... pero sólo dos veces al día. Para mí era suficiente.”*

El diagnóstico para diabetes lo recibió a los 52 años. El motivo con el que relaciona su diagnóstico es debido a un enojo: *“Me acuerdo que me enojé tanto que me sentí muy mal. Tuve un mareo que me nublo la vista. Me enojé, porque ya ves como son los chavos que no se cuidan (sexualmente) con sus novias. Pues mi hijo embarazó a su novia y ni hablar. Me enojé mucho. No había prestado atención a otros malestares que yo tenía como la sed constante, ganas de ir al baño. Cuando me da el coraje, los mareos y todo, vamos al médico. Afortunadamente los (hijos) mayorsitos, trabajaban. Gracias a su trabajo y prestaciones, tenemos seguro ahora. Bueno, me atendí y me dijeron que ya tenía diabetes, yo creo por ese enojo. Total, me lo tomé con calma, en primera, porque no sabía qué era la diabetes, como no tengo estudios y, en el pueblo, me acuerdo, decían que si uno tenía problemas de azúcar tomara algo amargo, pues yo sólo sabía que era “el azúcar”. En cuanto me dicen del azúcar,*

comencé a bajar de peso, mucho, de por sí no era gordo, estaba bien, o al menos me veía esbelto. Aquello que parecía , era como un esqueleto.”

El diagnóstico para DMT2 implicó una confrontación de cuidados relacionados con la enfermedad, pues como menciona, en la comunidad de donde es originario, el cuidado y alivio de las enfermedades era posible por las hierbas medicinales: *“En el campo crecí con hierbas, las utilizábamos para comer y para curarnos, también para té. Cuando el doctor me dijo de la diabetes, me tomé los tés que recordaba. Tuve que ir al pueblo por la hierba maestra, que le llaman. Estuve 10 años con mi té, no hacía caso a las medicinas del doctor, yo prefiero lo natural. El problema vino cuando tuve problemas de la presión, me dijeron que era por la hierba. Ni hablar, tuve comprar mi pastilla de metformina, a veces ni me la tomo, le tengo más fe a mis tés. Más que la medicina, yo creo que cuido cómo como. ¡Ah, que si no he tenido problemas con la comida!”*

El mayor obstáculo que identifica, es el alimento. Esto, debido a la frecuencia y cantidades que aprendió a consumir a lo largo de su vida: *“Adaptarme a la dieta, me cuesta, porque, yo aprendí a comer poco, dos veces al día, de verdad. Aquí en el seguro te hacen comer hasta 5 veces. Al principio es bueno, subí de peso, digamos que ya me veo normal. Tienes que integrar semillas, disminuir pan y tortilla, sopa de pasta, refrescos, alcohol. ¡Lo que aprendí a comer toda la vida, me lo quitan! Si antes no podía comer tortilla por poca abundancia, ahora la tengo que dejar de comer.*

El refresco no me cuesta nada, antes de llegar a la ciudad y comenzar a tomar coca, primero aprendí a tomar, a los 14 ya era un borrachillo de ocasión. Ponle, el alcohol y el refresco lo dejas, pero mis tortillas, ¡oye, no! Debo admitir que sigo enojado por no comer lo que me gusta y luego dedicando el tiempo a hacer tamales y antojitos, dime tú. Noto que el cambio de alimentación me ha ayudado, hasta mi piel se siente diferente. Ya ni me preocupo si se me antoja algo, solo lo pruebo, y ya. Total, si me voy a morir no está en mí saberlo. Estoy en manos de dios. Él sabrá. Mi parte es hacer ejercicio, comer como dice la doctora y atender mi negocio. Ahorita no lo atiende completamente, me ayudan mis hijos. Así es mi vida con ‘la azúcar’.”

Mariana

Solo con medida; con respeto al cuerpo.

Mariana Meza es una mujer adulta mayor con 74 años cumplidos. Nace en el año de 1946 y es oriunda del estado de Michoacán. Hija mayor (de 5 hermanos) en un matrimonio dedicado al campo y al hogar; su padre, campesino y, su madre, dedicada a labores del hogar. Mariana cuenta cómo era su vida en el campo: entre parcelas, brotes de verduras creciendo desde la tierra o árboles. Una infancia feliz, es como describe su etapa de vida, sin problemas, y con un gran gusto por correr entre pastizales y tierra fresca:

“Me acuerdo que mi papá sembraba maíz, frijol, jícama, haba, garbanzo, trigo y más cosas, dependiendo de la temporada. La mayoría era para vender, pero de ahí agarrábamos para comer en casa. Todo fresco, todo bonito, de la tierra a la boca”.

La ventaja que ella reconoce dentro de su alimentación en esta etapa de vida, está ligada a un significado de frescura y buena administración de los productos, porque no era lo único que se producía en las tierras de su padre, también tenían la oportunidad de crianza de ganado y aves de corral:

“Mi papá tenía vacas, pollos, cerditos...de chamaca yo era feliz, porque no me daba cuenta que ayudaba a la familia ordeñando a mi vaca, o correteando a los puercos para que se metieran (al corral) a comer, para mí era divertido todo. Lo triste era cuando tenían que matar a un pollo o una gallina, a mí no gustaba, pero igual los desplumaba. Uno se acostumbra a la vida de campo. Así sea para despertar a las 6 de la mañana”.

La cercanía con los productos agrícolas y la carne, le ayudó a identificar sabores frescos desde temprana edad. La informante asegura que la vida de campo:

“... es muy bella, pero también se las ven difíciles por los bajos costos a los que compran el maíz y todo lo que da la tierra. Gracias a dios, nunca nos faltó nada de comer. Cuando la venta no iba bien, al menos en casa nunca faltó tortilla, frijol, arroz y huevos”.

Ella se involucraba en las tareas del hogar relacionadas con la cocina y la administración de los alimentos. Reconoce que al estar en contacto con la producción para el hogar, veía cómo

las mujeres de la casa (mamá y abuela) gestionaban los granos básicos, pero también la intensidad de los sabores para la comida del día:

“Veía cómo hacían las cosas, me daban a probar y ya sabía, desde que tenía 6 años: que a algo no le pusieron suficiente chile, sal o lo que fuera. Conforme crecía, me involucraba más y más, pero solo yo porque era la mayor. No dejaba de divertirme en la cocina y eso que tenía que ir a la escuela”.

Los roles que aprendía estaban relacionados con los que, en su entorno, correspondían por ser mujer. En una situación de normalidad de un escenario social de los años 50 en México, la administración de los recursos alimentarios era correspondiente a la madre del hogar. En este caso, se veía involucrada la abuela de doña Mariana. La abuela era responsable de enseñar a Mariana a hacer tortillas, atoles, moler maíz, etc., a medida que iba creciendo. El tiempo individual, en este caso, contuvo la transmisión de habilidades de cocina que apropiaba de la abuela. Así, reconoce que: *“(…) como que tuve dos aprendizajes, las de administradora del hogar y la de la escuela, que no fue mucha, pero le aprendí más a la primera porque no dejo de cuidar y hacer de comer a mi marido”.*

La informante aprendió a preparar caldos, sopas, dulces que hacía con la leche bronca. A la hora de comer, la dinámica era servir primero al padre, después los infantes y por último *“las mujeres del hogar”*. La hora de la comida, era un momento que, para su familia, permitía contar lo transcurrido en el día, entablar relaciones familiares más estrechas y cercanas. La hora de la comida implicaba el momento de reconocerse:

“(…) era un momento muy bonito, no recuerdo que la comida hubiera sido amargada por algún problema. A lo mejor porque no veía a mi papá llegar de la siembra si me ponía triste, pero en general no. Mientras comíamos arroz, caldo de res, frijoles y tortillas, contaba a mi mamá y abuela lo que había hecho en el día y me gustaba, porque algunos de mis hermanos menores ya no pudieron tener la misma relación con mi madre. Porque después nos movimos para el Distrito Federal, pero así.... En fin, nuestra comida, aunque humilde, fue nutritiva. En ocasiones cuando, vendíamos una vaca o una res, solo dábamos lo mero bueno, menos las menudencias. Esas las molíamos, condimentábamos y hacíamos chorizos. O de plano las

freíamos con cebollas y ajos y ¡órale! En taquitos. Mi niñez fue especial porque comíamos rico, y yo me enseñé a ser comelona”.

Las trayectorias alimentarias, como trayectorias aliadas, se construyen desde el momento uno en la vida de los sujetos, la alimentación y comida sigue siendo primordial para cualquier sociedad moderna. Más que como medio nutricional, es un medio de socialización por excelencia. Se educan paladares, se fortalecen relaciones, se solucionan conflictos, se festeja, etc. En este caso, la señora Mariana, creció en un medio donde la tierra y los productos trabajados, alimentaban directamente a la familia, pero también las actividades divididas al interior de hogar, favorecían al padre y a los hijos.

Durante su niñez ocurrieron varios eventos importantes, entre ellos, el ingreso a la escuela y la muerte de su padre. Mariana ingresó a los 4 años al kínder, ella comenta que no era el nombre por el que conocían a la escuela, le llamaban “parvulitos” en el pueblo. Un día normal, relata, empezaba a las 6 am, listos para desayunar, acomodar algunas cosas en el establo y alistarse para la escuela. Posteriormente, desayunaban. En la familia acostumbraron botanear (cacahuates de la cosecha) y comer galletas a todas horas. La hora de la comida era a las 3pm y en la cena, un café, atole o champurrados. Las colaciones en su dieta eran casi dadas por hecho: frutas, galletas, postres de la abuela. Nunca faltó nada en el hogar.

Hasta concluir la primaria, tuvo una trayectoria de 8 años continuos de educación y después, estudió 3 años en una carrera técnica como mecanógrafa. Sin embargo, en la transición a este nuevo nivel educativo, aconteció la muerte de su padre:

“(…) que haya muerto mi papá fue lo más triste que recuerdo de cuando niña. Me acuerdo que significó mucho, porque cuando faltó en la casa, 2 de mis hermanos también murieron al poco tiempo, ni un mes. No sé a qué se deba. Quedamos las mujeres. Vendimos terrenos, lo que había cosechado mi papá, los animalitos. Mientras pasaba esto, yo recién había cumplido mis 12 años y no sabía qué hacer. Una tía me dijo que quería que yo me metiera a trabajar a la Marina como secretaria, pero primero tenía que estudiar mecanografía. Resulta que con el dinero de lo vendido, nos vinimos al DF. Pude estudiar lo que se necesitaba para ser secretaria en la Marina, pero al final no quisieron que me metería a ese trabajo (abuela y mamá), que porque había mucho soldado mañoso. Y eso que terminé a los

17 mi carrera técnica. Perdí dos años de escuela, por eso retomé a los 14 lo de mecanógrafa”.

La migración que vivió, como consecuencia de la venta de las propiedades de la familia, implicó en la entrevistada un cambio de hábitos en todo sentido: ritmo de vida, trabajo, alimentación, etc. Mariana explica que llegar a la ciudad fue como llegar a otro mundo, todo era más rápido, más caro, más artificial:

“(…) llegar a México, no me gustó, todo me desesperaba. Llegamos a la casa de mi tía, la que me quería meter a la marina, pero no, no me gustó nada la ciudad. Con el tiempo, pues sí, ya qué le queda a uno, más que acostumbrarse. Lo que más extrañé fueron los platillos que hacíamos, no por su sabor, porque aquí era igual (en la ciudad): jitomate, chiles, ajos, manteca, carnes.... La frescura era lo que extrañaba.”

Esta transición en su vida, de adaptarse a un ambiente urbano partiendo de uno rural, le impresionó. Más no la detuvo a conseguir trabajo para ella y sus hermanas. A los 17 años, consigue su primer trabajo: vendedora del departamento de juguetería en la cadena de supermercados *Sumesa*. Su experiencia y trayectoria laboral, fue definida por los 3 años que trabajó formalmente en las sucursales.

Su alimentación descontroló al entrar a ese ambiente laboral. Lo describe de la siguiente forma:

“(…) venía de provincia, no esperaba encontrar un trabajo tan rápido después de haber renunciado a lo de la Marina, así que una amiga de mi tía me metió a la cadena de supermercado Sumesa. Trabajé 3 años seguidos ahí. Primero fui vendedora de juguetería, luego estuve en envoltura de regalos y, al final, fui cajera. Era un trabajo tranquilo, lo que no me gustaba era que cambiaban de turnos a cada rato y teníamos poco tiempo para comer, nos daban 30 minutos. Ese tiempo no alcanza para comer nada. Teníamos de dos: o comprábamos guisados a fuera del súper, o comíamos del mismo Sumesa. Yo hacía de los dos. A veces comía afuera y otras de lo que había en la tienda. Nada más dañino que comer de lo que hay en la tienda porque me hice Coquera (así dice para describir su gusto por la Coca-cola), y adicta a las papas fritas, dulces, etc. No me daba cuenta que comía y comía

cosas así. Yo estaba acostumbrada a comer y comer, pero fruta, no chicles, no dulces, no refresco”.

Llegar a la ciudad e insertarse en una dinámica de estrés y rapidez a toda costa, hizo que modificara su alimentación. Ya no gozaba del entorno y espacio que lo rural le ofrecía. Acotó su agencia a opciones y eligió de acuerdo a lo que su tía ofreció en su momento. El ambiente familiar, también cambió, más no para modificar las relaciones dentro del hogar, si no que adquirió el hábito de fumar y consumir café (soluble) en exceso, ambos productos, altamente correlacionados con el desarrollo de DMT2 e hipertensión:

“En la casa de mi tía, que vivía en la Roma, pues seguíamos comiendo igual que en Michoacán, pero lo que sí, fue que se me pegó el vicio de fumar. Fumaba mucho porque en esa casa siempre hubo muchas visitas, entonces, se les recibía con café y cigarros. Cuando era de improviso, hasta dos cajetillas se acababan. Así vi que atendían en la ciudad y así me acostumbré: cigarro, café y Coca-Cola durante toda mi vida, claro, hasta que enfermé”.

La señora Mariana, contempla en su vida cambios importantes, transiciones y eventos en su día a día pero nada comparado con el hecho de querer casarse. A su actual pareja la conoció en este supermercado, él era gerente general. No pasó mucho tiempo de conocerse, pues a los 20 años cumplidos, doña Mariana decidió casarse con él e iniciar su trayectoria de maternidad y cuidados en el hogar. Con el matrimonio, transita a vivir con su pareja, quien poseía una casa propia cerca de Ciudad Satélite. La joven pareja tuvo altibajos, pero nada con el choque alimenticio que, una vez más, las costumbres urbanas, contraponían los gustos de su esposo y los de Mariana. Por un lado, su marido detestaba las verduras y las frutas. Él estaba acostumbrado a refrescos, carne, mucha carne y guarnición de arroz o papas. Todo lo contrario a la forma de comer de la entrevistada. En este punto es posible notar, cómo el compararse y entablar relaciones cercanas y afectivas pueden intervenir en la capacidad de agencia de los individuos para elegir un tipo de alimentación en particular:

“Quiero a mi esposo desde que me casé, pero a la fecha no le soporto que no quiera comer verduras. Ese fue nuestro principal conflicto, no solo ahora con mi enfermedad, desde siempre. A él, sírvele carne, sus papas y su refresco. No quiere otra cosa. Claro que ahora

se aguanta, porque sus comidas lo llevaron a padecer de la vista, ya perdió el 20% de visión. Yo le dije, pero no me oyó”.

Las consecuencias de una mala alimentación no están ligadas a las “malas decisiones” del individuo que padece DMT2, sino que están moldeadas por su entorno, que en este caso, están constreñidas por las reglas de comportamiento en una empresa, a la par de una trayectoria de cuidado de hijos, manteamiento del hogar, entre otras. El punto clave a comprender en las trayectorias alimentarias y sus implicaciones en la salud, está vinculada a las relaciones de trabajo, acceso a servicios de salud, calidad de productos, entre otros.

La entrevistada dio inicio temprano a su trayectoria conyugal, sin embargo, era lo socialmente aceptado en su momento, aún más, si se trataba de transitar a ser madre. En el caso de Mariana, tuvo a su primer hijo, de cinco nacidos, a los 22 años. Posteriormente, tuvo un hijo más cada dos años, hasta cumplir 30. El cuidado que implicaban los recién nacidos era demasiado y la situación económica en el hogar no era la más óptima para atender a una familia de siete personas. Su esposo había renunciado al empleo por una carga excesiva de trabajo (como consecuencia de despidos) en la cadena de supermercados y laboró por cuenta propia como electricista. Mariana comenta que con la liquidación de su esposo pusieron una tienda de abarrotes en el fraccionamiento donde residían; sin embargo, la cerraron dos años después, todo era más caro, difícil de mantener. Así que su esposo trabajó por cuenta propia hasta que presentó problemas en la capacidad de ver en el año 2003:

“En la casa no faltó el pan y los frijoles. Cuando mi esposo me puso la tienda, ahí me tienes trabajándola, cargando cosas, una no se tenía que echar para atrás. Ya me había casado, esperaba un hijo más y ni hablar. Aunque mi vida fue de casa, que aún lo es, como ama de casa tienes que estar cuidando todo: el gasto que te da el marido, los niños, los servicios, las buenas relaciones con los vecinos. Es cuidar todo, si no, la casa se viene abajo. Afortunada fui de involucrarme en cosas de la casa desde pequeña, porque no sabía hacer milagros con las comidas cuando parecía no alcanzar el dinero. Ya ves que te dije que luego, en casa de mi papá, hacíamos menudencias, pues eso no lo comía ni mi esposo ni nadie, que porque se veía feo. Le enseñé a comer comida de pueblo, pero más que nada, a hacer y comer como en el pueblito”.

Relata que las comidas en casa comenzaron a ser platos de cuchara: caldos, sopas, fondos. Además de sopas frías, comida seca, entre otros. En una despensa, Mariana describe que no podían faltar las galletitas, café y cigarros:

“(…) esa era mi comida porque cuidaba niños. Aunque fueran creciendo, yo comía eso, tenía que distribuir mi tiempo en hacer la comida –que no es nada fácil hacer tortillas de cero y menos con los molinos y la gente arremolinada, menos los chorizos- y a qué hora comía yo. ¿te das cuenta? Porque no es hacer la comida solamente, es lavar ropa, es ir por los productos al mercado, es ir a molino, pasar por los niños, darles de comer, ver que hagan la tarea, darle de cenar al marido, darle de cenar a los niños, ¿y uno?, ¿está pintado o qué? La maternidad desgasta; el cuidado de la casa, desgasta; los hijos; todo. Cuidas todo menos a ti. Y ahí me tenías, comiendo galletas, refresco, café y cigarros casi todo el día”.

Los años pasaban y Mariana dejaba pasar varios síntomas relacionados con la DMT2, entre ellos, dolores de cabeza, cansancio, mareos, dolor en piernas, hambre en exceso. Todo esto se lo atribuía al cansancio que el mantener en orden el hogar implicaba. No atendió las señales que su cuerpo le mandaba y mitigaba todos los síntomas, con pastillas que su madre le recomendaba, con una llamada por teléfono era suficiente. Prestar atención en las rutinas de la vida cotidiana permite ver cómo se gestionan las formas alimenticias de cada sujeto, ligadas al tiempo que destinan al consumo, debido a la trayectoria guía que está activa.

La vida en el hogar para Mariana, fue rectora de sus testimonios a lo largo de la entrevista. Sin embargo, al tratar los hechos sobre su enfermedad, se percató de lo mucho que había vivido con síntomas y que no atendió a tiempo, no porque no quisiera, sino porque su ocupación principal la abrumaba:

“Yo digo que todo fue por un susto. Una vez salimos del DF mi mamá y yo, habíamos ido a Tlaxcala, fue un viaje familiar. Ahí una camioneta nos descarriló de la carretera y casi morimos en un barranco. De ahí, yo creo que tenía como 50 años, solo tenía sueño y sueño y sueño, me daba más hambre de la normal. Pasaron tres años, los síntomas empeoraban. Fui al médico hasta que me desmayé, uno no se escucha por andar atendiendo al marido. Me mandaron análisis de glucosa y pues sí, ya tenía la diabetes”.

A la edad de 53 años, la informante recibe la noticia y lo toma con calma. Se llevó una sorpresa, porque con frecuencia pensaba que los síntomas eran provocados por la ansiedad de comer o no comer en tiempo y forma. Para ella, lo difícil fue adaptarse a la convivencia después de su diagnóstico. Las diferencias sobre los alimentos y su marido, resurgieron: *“me tengo que cuidar y el señor se enoja, porque no le doy su carne y sus papas, por eso no me puedo cuidar, porque aparte, se enoja si no comemos lo mismo. ¿Quién lo entiende? Han sido 20 años así, ya estoy cansada”*.

La enfermedad y el cuidado que tiene sobre su marido, la estresa, dice tener mil opciones de comida pero solo 2 para complacer a su esposo, claro a costa del autocuidado. Ella extraña las verduras, los platos de cuchara, entre otros: *“pues sí, yo soy de pueblo, quiero comer la fruta que comía antes, mis cacahuates, higos y que ahora no puedo; quiero comer mi caldo de res y ya no puedo, quiero todo y no puedo. Pero si uno es disciplinado, la va librando, pero si cuidas de alguien, y si ese alguien vive contigo, ¿qué?”*.

El significado de la comida y a las formas relacionales que emanan de las dinámicas alimenticias en el hogar, fomenta un punto de comparación constante en la vida de la informante. Es una manera de reafirmarse con ella misma, así como sus valores en el hogar, en la mesa y en la vida cotidiana.

Los cuidados que ella sigue desde su diagnóstico son limitados a la decisión del platillo del día que su esposo elija. Sin embargo ha encontrado un orden dentro de sus 3 comidas principales y colaciones. Lo hace como le recomendó el médico del ISSSTE:

“Mi dieta se llama dieta sódica (hiposódica), que comer cosas poco saladas en el desayuno, comida y cena. Cosas como verduritas y así. Pero te digo que con mi marido no se puede, luego por andar comiendo carnes se me sube la presión. El chiste es que me las ingenio para cumplir con mis porciones del día y cubrir lo que me pide el médico. Es como hacer la tarea, es volver a aprender. Solo que en mi caso, regreso a la comida que acostumbraba en Michoacán, salvo por las galletas y todo eso. Si no sigo la dieta, que lo he hecho, me siento mal: cansada, con sueño. Con esta dieta me siento activa, fresca. Yo digo que hasta feliz”.

Aprender a vivir con la enfermedad, no ha limitado sus reuniones y ha mejorado su percepción de aquellos que han desarrollado DMT2. Mariana ha controlado su enfermedad,

por 10 años con una dieta flexible (no las indicaciones estrictas pero resuelve el consumo de las porciones) y con metformina. En ella, la dosis se ha mantenido, no ha requerido del consumo de otro medicamento. El secreto está en ser flexible con la dieta, no excederse:

“(…) Vivir con diabetes no es difícil, tienes que ser disciplinado con tus chequeos y cuidarte, todo: piel, manos, pies, comida. La enfermedad ya no es curable, hay que aceptarla porque el principio, uno como enfermo, lo niega. Tirarnos a la desgracia es bien fácil, pero enfrentar la enfermedad es lo que importa. No nos vamos a morir si nos cuidamos. No nos vamos a privar de no comer lo que aprendimos en nuestra vida. Solo con medida; con respeto al cuerpo”.

Socorro

“...más vale hacerla mi amiga, que hacerla mi enemiga”

Socorro es una mujer que fue diagnosticada con DMT2 hace 13 años. Originaria del Estado de México, nace en el año de 1956. De padre obrero en la industria militar de México y, de madre dedicada al cuidado del hogar e hijos. Describe su infancia como una muy feliz, con todo para poder vivir. Socorro fue una niña muy traviesa y sus travesuras le costaron sus accidentes, no mayores a una pequeña fractura o alguna que otra quemadura.

Su historia es una donde observamos que la acumulación de desigualdades en el tiempo individual, es consecuencia de valores aprendidos desde el hogar, que sufrió, pero que en la vejez, se pueden revertir desventajas de índole emocional y de salud, en general. Socorro es la menor de 6 hermanos. Su padre y madre desarrollaron DMT2, desde muy jóvenes, la informante estuvo en contacto con los cuidados necesarios que requería la enfermedad. A su padre lo diagnosticaron a la edad de 50 años y comenta que solo se cuidaba con la medicina (metformina), además de involucrar a su madre dentro los cuidados alimentarios:

“Mi mamá le controlaba la alimentación, yo creo que por eso duró tantos años con su pastilla, no uso más: que insulina, no, nada de eso. Mi padre duró como 30 años con la enfermedad y nunca usó otra cosa para controlarse, pero como trabajaba en la calle, pues luego se echaba sus tacos, coca, y así. No tenía otra actividad, más que su trabajo, porque

tenía que subir y bajar escaleras. Él hacía instalaciones grandes de electricidad...mi padre se mataba para mantenernos”.

Durante su niñez, Socorro comentó que nunca sintió falta comida en casa, ni amor, ni cuidados. Por alguna inquietud de infante, solo sufrió eventos accidentados, sin embargo, el diagnóstico temprano de hepatitis a la edad de 5 años, modificó la rutina en la familia, mas no de alimentación. También, recuerda que experimentó fracturas y lesiones por hacer travesuras. Pudo pasar varios eventos considerados normales dentro del crecimiento y aprendizaje de una niña de principios de los años 60.

A la hora de la comida, relata, era crucial compartir la mesa con sus hermanos y madre:

“Los más grandes trabajaban o estudiaban y pues no los veía. Nos sentábamos a comer en la mesa, nos servía y convivíamos, era mi hora favorita. La comida era casera, por lo regular. Eso sí de niña no recuerdo que nos llevaran a restaurantes, ni tomábamos refresco. Todo lo preparaba mi mamá, no dejaba que nos acercáramos a la cocina, como éramos chamacos, mejor nos poníamos a jugar o hacer la tarea o a poner la mesa”.

Los horarios de alimentación, en este caso, representan la unión familiar, pues es sinónimo de comunión. La entrevistada describe su alimentación en la infancia, como equilibrada y nutritiva, pues declara, que no padeció hambre, ni se quedó con apetito. Recuerda que frecuentemente consumía verduras y carnes blancas, no así con la carne de res, porque evitaban cocinar este tipo de carnes rojas.

La señora Socorro ingresó a los 4 años al kínder y tuvo una trayectoria continua hasta que decidió interrumpir su educación Una vez cursado el 3er semestre de CCH, ingresó y concluyó una carrera técnica como Asistente de Educadora, impartida por parte de la Secretaria del Trabajo y la Secretaria de Educación Pública. No tuvo años perdidos:

“(…) a los 4, al kínder; a los 6 a la primaria; a los 12 la secundaria; a los 15, cch pero solo fue un año y medio; y luego una carrera comercial, yo vivía por observatorio, pero iba en el cch de Naucalpan. Los años de estudio fueron continuos, tenía que aprovechar todo porque mi papá no me dejaba hacer año sabático”.

Durante su trayectoria educativa, comentó en entrevista, que su alimentación se basaba en desayunos caseros y antes de emprender camino a la escuela. Salvo por algunas ocasiones, desayunó en la escuela. Asegura lo siguiente:

“... desde siempre mi mamá nos hacía tortas ya nosotros comprábamos refrescos, boings y todo. A parte, nos daban 10 pesos, con eso nos alcanzaba para dulces y el refresco, como vivíamos cerca de todo, muy rara vez comíamos en el camino. Mis comidas fuertes eran en la casa, regularmente era así, cuando se le hacía tarde a mi mamá, pues nos daba 50 centavos más, y era feliz porque compraba los desayunitos de la conasupo: leche, palanqueta y unas galletas, así eran los desayunos. Era raro comer en la escuela porque en las mañanas mi mamá nos preparaba el licuado de chocolate con plátano o de plátano na'más, o café con leche”.

El consumo de refrescos y bebidas azucaradas en la escuela, era posible porque la industria refresquera en el país, estaba en un punto importante de promoción mercadotécnica, así como los productos y bebidas azucaradas ultraprocesadas. Sin embargo, esto no tuvo implicaciones en la salud de la entrevistada, en apariencia. Si bien era frecuente el consumo de estas bebidas, también tenía una vida activa de acuerdo a las etapas que ella iba viviendo. Cuando niña, jugaba, corría, bailaba; más grande, practicó natación. El sedentarismo no figuraba en su vida hasta que dio inició su trayectoria laboral:

“A los 21 años tuve mi primer y único empleo formal de asistente educativa. Ese fue mi único trabajo, porque en la escuela donde yo estaba, pidieron a 10 chicas que estuvieran más adelantadas y a mí me llamaron. Me presenté y me quedé ahí. Con charola de plata. La escuela pertenecía a la Secretaria del Trabajo y la SEP. Dure 28 años en este empleo. A parte de ser asistente, también hice labores de contadora, secretaria e intendencia del CENDI, que está atrás del Auditorio Nacional”.

Es en este punto, la vida de Socorro, experimentó eventos importantes: el primero, entrar a trabajar como Asistente Educativa; el segundo, casarse a los 6 meses de haber recibido su contrato en el CENDI (Centro de Desarrollo Infantil). Pese a que su trayectoria laboral fue continua, vivió eventos cruciales que limitaban sus decisión sobre los alimentos que consumió y le dieron un nuevo sentido a su profesión, pues además de ser asistente, también,

reconoce, moldeó su carrera como mujer cuidadora: de hijos, de madre, de hermanos, de niños, de lugares.

“Solo botanas y lo que pasaban a vender de pronto. Más que nada frituras, porque ahí fue donde me di en la torre. Me daba mucha hambre, de antojo, mis compañeros me ofrecían que charritos, papas, galletas, fritos, chicharrones de bolsa transparente. Esa fue mi perdición, porque como mi trabajo era muy estresante, me daba ansiedad. En el trabajo tienes de dos: o fumas por la ansiedad, o comes mucho por lo mismo. Mi trabajo era estresante, porque yo manejaba la información de los 32 CENDIS. Tenía que hacer resúmenes de 32 CENDIS, todo era sobre secretarias pero yo era la responsable de que todo funcionara. En ocasiones me aventaba 2 turnos de 8 am a 9 de la noche. No había comíamos cuando podíamos, porque era de ir por tu sopa Maruchan o tus garnachas y órale, a seguir trabajando. Muchas, la mayoría de las veces, bajaba por mis quesadillas, tortas, pambazos, lo que sea. Por lo regular yo llevaba fruta pero siempre preferí la fritanga, era comer rápido, algo que no tuvieras que calentar porque no había microondas. Mucho después compraron un micro y ya pudimos llevar guisos de la casa. En un día normal gastaba como 50 pesos, pero eran 50 pesos que se iban en papas a la francesa, era bien antojadiza. Casi todo lo que consumíamos era porque estaba al pie del edificio. Me compraba mi gordita, tacos, todo. Era lo primero que comíamos y era lo que menos tardaban en darnos. Nos daban media hora para comer: ¿Qué vas a comer en 30 minutos? Pues nada. O comías o te morías de atragantamiento”.

En esta parte del testimonio encontramos varios aspectos que acentúan las desigualdades en el trabajo, que para este caso, significaba no tener tiempo suficiente para comer, no poder desplazarse para consumir productos que optimicen una alimentación balanceada, además de no tener mayores opciones más que bocadillos, que con frecuencia, eran el alimento principal a lo largo del día. Sin embargo, en un día normal, la parte laboral estaba cubierta, mas no la dinámica en el hogar. Para Socorro, el hogar tenía un significado importante en su vida, el hogar es sinónimo de estar casada y tener hijos. La autopercepción de Socorro es de una mujer enamorada y entregada para quien fue el amor de su vida, más no encontró correspondencia en la pareja que había elegido:

“(…) fui una mujer muy feliz casada. En la intimidad, todo perfecto, pero si tuve problemas de infidelidad, porque a los 2 meses me anduvo poniendo los cuernos. Lo quise dejar, pero mi mamá me dijo: te querías casar pues órale, te aguantas. Y lo aguante 35 años. Con decirte que tuvo un hijo fuera del matrimonio y se lo perdoné hasta que mi hija, ya grande, me dijo: ¡bueno, mamá!, ¿dónde está tu dignidad? Mereces respeto y a mi padre no lo quiero ver. Mi hija me puso los pies en la tierra”.

Su trayectoria conyugal fue una de las más complicadas durante su vida, el apoyo nulo que encontró durante su vida como esposa y madre, fue crucial para saber por ella misma que el cuidar a hijos, trabajar, cuidar a su madre. Las dinámicas violentas que escondía su matrimonio eran respaldadas por su madre, más el enamoramiento que vivió no le dejaba evaluar la situación tan frágil que se construía alrededor:

“(…) Es un hombre que ame, idolatre y fue mi único novio en serio, en la secundaria tuve, pero eran novios de chiste. Con el dure 5 años de novia y me case con él. Lo único que tengo que agradecerle es que me dejó dos grande tesoros, que son mis hijos. No tengo nada que reprochar a mis hijos”.

Los hijos, para Socorro eran la razón por la que ese matrimonio se sostenía pese a las infidelidades de su entonces esposo, no obstante, con el nacimiento de la 2da hija, su matrimonio tuvo que terminar, no por la vía legal, sino dejó de cohabitar el mismo hogar:

“(…) Cuando tuve a mi 2da hija, él me dijo que no sabía si era de él. Y eso me ofendió mucho. Pero después solo me buscaba para tener intimidad. Él decía: “por una niña no me vas a detener”. Pues bueno, una preocupación menos, pero me dolía. Nada más nos veíamos para tener intimidad. Eso fue durante 35 años. Me quiso poner departamento, pero qué le iba a aceptar, me quería dejar endrogada con uno de sus primos que se lo había vendido, en cuanto pasó eso, lo de mi hija y que según él no era suya, agarre mis cosas y me salí de ese departamento. Punto. Después, pues...me quiso poner otro departamento, pero no. Era mucha la ofensa de no querer a mi hija. Que me salgo también.

Fue un matrimonio muy difícil. Desde que nació mi niña él me dejó. El me buscaba y pues yo también.

Mi hijo lo tuve a los 2 años de casada, yo tenía 22 años y, mi hija nació cuando yo tenía 25 años. Se llevan 3 años (...)”.

El CENDI fue su hogar por mucho tiempo, al no tener una vivienda propia, Socorro se apoyaba de lo que la institución le ofreció, entre ellos, cuidado de sus menores mientras laboraba día y noche, prácticamente más de 12 horas diarias:

“(...) no tuve de otra, viví en el CENDI que está detrás del auditorio nacional. Ahí fui conserje, pero también secretaria. La ventaja era que no pagaba nada de renta ni nada, pero ahí me tienes llegando del trabajo, a las 9 o 10 para limpiar el CENDI, o al menos lo que me tocaba a mí. No me lo pagaban, pero digamos que me daban permiso de vivir ahí. Ahí vivía con mis hijos. Mi madre iba por ellos a la escuela y así me la llevé”.

Los horarios extenuantes, el estrés acumulado y más, permiten comprender cómo es que la entrevistada se veía afectada tras acumular desventajas en su vida, por una u otra circunstancia. Gracias a su trabajo y su interés por ser educadora, más las opciones que encontró para realizar sus estudios técnicos, a la larga, le otorgaron la posibilidad de encontrar refugio en el CENDI y contar con el apoyo institucional para el cuidado de sus hijos. La agencia ejercida tiempo atrás permitió gestionar las opciones de cuidado y alimentación para sus hijos, sin olvidar que su madre, jugó un pilar importante en el cuidado de éstos, mientras Socorro trabajaba para salir adelante. Por ello, relata que las dinámicas en el hogar estaban sujetas al ambiente laboral del CENDI y las formas alimenticias que ella aprendió durante su infancia, no pudieron ser reproducidas. Esto no quiso decir que existieran carencias alimentarias para su hijo e hija, no así para ella.

Socorro construyó varias trayectorias al mismo tiempo que iniciaban otras: matrimonio, trabajo y maternidad. Actualmente, parecería una precipitación en la vida de cualquier joven que recién cumpla 20 años. No obstante, la entrevistada reconoce que si no fuera por el inicio temprano de estos caminos socialmente establecidos, no tendría muchos beneficios en la actualidad. Uno de estos beneficios es poder contar con el apoyo económico de sus hijos una vez que terminan su carrera y ellos transitan a tener su primer empleo.

Al igual que estas trayectorias iniciadas a temprana edad, Socorro transitó a ser abuela de una niña. A los 44 años cumplidos, convertirse en abuela significó mucho para ella, porque implicaba que su hijo, ya era un hombre autosuficiente, con trabajo, casa y una pareja estable:

“(...) yo tenía 44 años. Fui abuela muy muy joven. Pero nunca me sentí vieja. Me sentí bien, me dio gusto pero también tristeza. Mi hijo me aviso cuando la chica ya tenía 6 meses de embarazo. Así pasó: yo había ido a un curso de los que mandan en el CENDI, y la psicóloga me decía ‘¿Cómo se siente?, ¿qué pasa en su vida?, etc’. Todo va bien, todo perfecto, mi trabajo, mi vida, mis hijos, todo bien. ¡Santa madre!, me llama mi hijo del trabajo y que me dice: ‘¡mama, embarace a mi novia!’’. Pues ya. Lo recibí con gusto”.

El sentido que Socorro encuentra alrededor de su vejez no es marcada por la edad si no por los eventos que socialmente implican la vejez y sus representaciones: primer nieto, jubilación, salida de los hijos del hogar o, en este caso, construir un hogar fuera del CENDI. Existió una resistencia a la jubilación 8 años más tarde, pero tuvo que tomar la decisión de retirarse voluntariamente de su profesión. En el marco nacional se impulsó el programa de Retiro Voluntario para trabajadores de la educación, Socorro tras una trayectoria laboral como Asistente Educativa y Secretaria como trabajos formales, postuló para ser beneficiada por el programa que le permitió adquirir un departamento a su nombre:

“...al principio fueron lágrimas, fueron desgracias, berrinches. Yo no me quería retirar, pero hubo el famoso retiro voluntario y que agarro el chance. Me hicieron una evaluación, me dieron 300 mil pesos. Yo también, no sabía qué hacer. El punto es que fueron varias cosas a la vez, porque pasó que mientras veía lo de la jubilación, un hermano mío se puso malo, tuvo insuficiencia renal. Ahí me tienes cuidándolo. Mi mama ya era más grande: me dijo “no seas mala, ve a sus consultas con él, ves y oyes mejor que yo”. Total. Que me jubilo al 100%...”

El evento de la jubilación tuvo cruces importantes con otros eventos dentro de su vida. Porque si bien se retiraba e iniciaba una trayectoria de descanso laboral, la trayectoria de cuidadora seguía en formación, hasta que decidió ponerle fin y recibir tratamiento terapéutico:

“(…) bien bien, hace 3 años me jubilé no por dejar de trabajar en el CENDI, sino porque hace 3 años, mis hermanos y yo decidimos enviar a mi mamá a una casa de retiro. Se llevó las cosas del departamento en el que yo vivía, y claro, yo quedé como la mala de la historia, porque ¿cómo que alguien más iba a cuidar a la mamá viejita, si no es la hija menor? Lo que no saben es que también me tenía harta. Ya no aguantaba su carácter, desde que recuerdo ella ha sido así. Siempre ha sido chantajista. Ella solita se cerró las puertas por su forma de ser. Nadie la quería cuidar.

Tuve depresión, estuve mal. Gracias a mi hija tuve tratamiento terapéutico. Sali adelante.

Hasta hace poco por fin pude vivir en casa, es decir mi casa, ésta sí era mía y no porque la pusieran. Mi hija me ayudó a buscar un buen lugar y lo conseguí gracias al dinero de mi jubilación. Después de eso, pum, viene la diabetes.”

Cuando la informante tenía 50 años, recibe la noticia de tener diabetes, transitó a adquirir consciencia de su estado de salud. Ella asocia la carga de estrés que tenía con desarrollar la enfermedad. El hecho verdadero y que ella misma narra es que *“(…) a qué hora me cuidaba, a qué hora me fijaba si comía bien. Pues yo no podía, ni después de que mis hijos salieron de la casa que hasta eso fue rápido. Agradezco que mi hija no siga mis pasos de casarse rápido, el otro como sea ya tuvo a su hija y ya se han reencontrado 15 años después, porque su ex mujer no le dejaba ver a su criatura... Lo que pasa es que como cuidaba a mi mamá, a mi papá y a todos prácticamente, siempre vivía frustrada, enojada y entripándome todo. No me bajaba el azúcar. Pero más bien que no comía a mis horas y no comía bien, siempre que el chocolate, el chicharrón o el dulce. Dejo de cuidar a medio mundo, me cuido a mí misma pero el daño ya era irreversible, tenía que inyectarme insulina, pero esto hace 3 meses. Porque tuve que ir a un endocrinólogo, me ayudo a mi hija. Me mandaron otras pastillas, no sé cuáles. Las tomé durante 13 años y hasta hace poco me cambiaron el medicamento y ahora sí la insulina. Ahorita estoy normal. Solamente cuando me como una torta o algo, pero de ahí en fuera no. Como de todo y postres, no se diga”.*

La cercanía que tenía con la enfermedad ya era de orden familiar, uno de sus hermanos tiene la enfermedad desde que él tenía 22 años y no le aterró, pues “solo tiene que cuidarse”. El

verdadero impacto que recibió tras saber que había desarrollado la enfermedad fue que no podía ser donadora de riñón para otro de sus hermanos:

“Como iba a ser donadora fui al CLIDA, ahí me hicieron el análisis y salí con 158 de azúcar. Me dijeron que ya era diabética. Me hicieron mas estudios para ver la donación y Salí con 170 de azúcar, no pude donarlo. Sentí que no salvaba a mi hermano. Ya les dije (a la familia) que no podía donar y llore con él. También me liberó de esa culpa pues yo era la que cuidaba de él”.

Actualmente la señora Socorro, acude a una clínica del ISSSTE ubicada en Azcapotzalco, con el propósito de tener un chequeo rutinario de insulina, además de cursar actividades de acondicionamiento físico, psicológico y de tejido de estambre. La dinámica familiar que relata es con intermitencias en cohabitación con su hija, porque ahora tiene tiempo de hacer sus actividades que le permiten mantenerse y sentirse cuidada por ella misma: *“Ora sí que, yo tengo que vivir mi vida. Ya cuide, ya crie, ya trabaje, quiero vivir mis cosas. Salir con hombres, salir con amigas, viajar. Tengo dos jubilaciones una de trabajo y una de cuidadora”.*

Socorro cuenta su historia con la enfermedad y los cuidados necesarios que lleva a cabo, como resultado de la “doble jubilación”. Puso atención en su alimentación y estableció rutinas de ejercicios físicos. Sin embargo, comenta que se le dificultó apearse a la dieta recomendada:

“Vivir con diabetes es difícil. Baje de peso ya estaba bien flaca. Pero ya me estoy estabilizando. Fue difícil pero hay que aprender a vivir con diabetes. Al menos los síntomas han desaparecido: mareos, ansiedad, a veces veo luces o manchas blancas ahí es cuando tengo que buscar algo dulce porque se me bajó la glucosa”.

Poner atención a su cuerpo, los síntomas de la enfermedad, los malestares, etc., provocaron en la entrevistada una consciencia de su estado de salud, incluyendo la intervención de factores sociales ajenos a ella. La importancia de regular la alimentación, así como la actividad física, han permitido revertir los síntomas y desatenciones a su persona en el sentido emocional y físico. Contrario a lo que la teoría nos dice sobre la capacidad de revertir

desigualdades en la adultez, en este caso no aplican, porque es hasta la vejez de Socorro que comienza a convertir las desventajas, en motor de su vida cotidiana.

Transitar a vivir con DMT2, en este caso, es un llamado del cuerpo para cuidar y prestar atención hacia sí misma, dejar de lado la romantización del cuidado sobre los demás y comenzar el cuidado propio. O como dice doña Socorro en su reflexión respecto aprender de la enfermedad: “...*más vale hacerla mi amiga, que hacerla mi enemiga*”.

Tomasa

Lamentablemente uno no es de hule. Me dio la diabetes...

María Tomasa es una mujer de 71 años con DMT2 diagnosticada. Ella reside en la alcaldía Azcapotzalco, a unas calles del metro camarones. Cotidianamente, desarrolla actividades tales como la asistencia al grupo de tejido de adultas mayores, limpieza de su departamento, visita a sus hijos, llama por teléfono a sus amigas, lleva control de su alimentación, es una vida apacible, según sus palabras.

Tomasa es originaria de la Ciudad de México. Nace en el año de 1949. Recuerda su infancia como una llena de carencias y con oportunidades limitadas para ir a la escuela, puesto que su temprana inserción laboral en el trabajo informal de limpieza en hogares, fue crucial para determinar la interrupción de su trayectoria escolar: “...*la escuela la interrumpí, porque tenía que trabajar en las casas. Desde chica andaba limpiando hogares de gente rica. Si no trabajaba en casas, al menos tenía que estar trabajando en la de mi tía, hermana de mi papá. Hacía los miso: limpiar el piso, lavar ropa, así. No podía hacer de comer, eso lo hacían los grandes, otras señoras más grandes. Cuando crecí, sí podía hacer de comer, antes no.*”

Su padre fue obrero y su madre, ama de casa. La educación que ellos recibieron fue truncada por las mismas razones: trabajar desde temprana edad, sin pasar del 3 er año y 1ro de educación primaria. Sin embargo, comenta, no hizo falta nada en la casa, pese a las complicaciones de salud de su madre. Tales complicaciones estaban relacionadas con embarazos de alto riesgo y con productos muertos:

“Yo soy la 7ma hija viva del matrimonio. En total éramos 16, pero decía mi mamá que los demás se iban muriendo, o que nacían muertos. Pues sí, ni mi mamá, ni mi papá tenían

(dinero) para ir al doctor, no tuvo cuidados. Solo supe eso, no querían contar sobre cómo se morían sus hijos. Era algo que no debíamos saber. Mi mamá creía que se habían muerto de mal de ojo o brujería, pero me acuerdo que decía que era por peritonitis y enfermedades del estómago.”

Su infancia fue marcada, también por la muerte de su padre, quien era el principal soporte económico de la casa:

“...mi papá se murió muy joven, yo tenía como 5 años. A los 5, me acuerdo que yo iba al kínder, o jardín de niños, también le llamaban. Como murió, pues, no terminé bien la primaria. Solo estudié hasta el 3ro de primaria. Después tuve que trabajar, lo importante era seguir.”

La alimentación que ella recibió, la considera como suficiente, pero con carencias: *“A la hora del recreo, ya tenía hambre, pero era niña, ni lo sentía. Me dedicaba jugar. Cuando podía, me hacía mi torta de plátano, o de sopita, con eso me iba. En ocasiones no podía llevar dinero para gastar. Me acuerdo que nos daban un desayuno por 30 centavos de peso o ¿20 centavos? No sé. Para alcanzar desayuno teníamos que formarnos 10 minutos antes de la hora entrada a clases. No pude conseguir esos desayunos, pero luego había niños que no se lo comían todo, porque ya venían desayunados. Pues, me lo daban. Así, no más. En general, yo no era de comer en la escuela, de por sí en casa no había mucho. Carne, no todos los días comíamos, por decir algo, una vez a la semana, pero era pollo, no carne roja. Lo que no faltó en casa era para caldo de frijolitos y tortillas, con eso teníamos mis hermanos y yo.”*

La constancia de su trabajo como trabajadora doméstica desde niña marcó la manera de alimentarse, pues ésta, era condicionada, con frecuencia, a lo que las familias de los hogares donde laboraba, lo ofrecían para alimentarse: *“... las patronas me alimentaban, de lo que yo hiciera de comer. Me convidaban de las cazuelas que hacía. A veces, solo era sopa, a veces era carne. Otras, de plano nada, dependía mucho de lo que dijeran, pero casi siempre me regalaban un taco. En casa, era el detalle, de repartir para que todos pudiéramos comer. Lo que aprendí fue que era mejor comer un poco en la casa donde trabajaba y si me daban un taco, lo llevaba a casa. O sea, todo era distinto, como me pagaban por semana o por día, lo que me daban de comida era un extra, por así decir.”*

Las oportunidades que encontró en la ciudad fueron limitadas, sin embargo, con el pasar de los años y el inicio de su juventud, Tomasa pudo encontrar un trabajo formal, como lava losa en una empresa soldadora. La oportunidad a un nuevo empleo, fue presentada por una de su patrona, que laboraba como analista financiera dentro de la soldadora: *“Encontré un trabajo con prestaciones en cuanto cumplí 17 años, entré a una empresa que se dedicaba a soldar partes de carros. Lo que hacía era lavar platos en la cocina. Ahí teníamos varias cosas que hacer. La empresa le daba de comer a los obreros. Me acuerdo que eran 3 turnos y, yo rolaba los turnos. Podía estar en el desayuno y la comida, o en el tercero, que era cena y desayuno juntos. Había trabajo en la ciudad, pero lo mío era hacer la limpieza, luego me ponían a servir a los trabajadores, también me gustaba hacer eso....”*

Un año y medio laboró en la empresa, pero su trayectoria laboral, en términos formales, se vio truncada, porque vivió dos eventos importantes:

“....todo ese tiempo, tuve cambios de casas. Primero estaba viviendo con mi mamá y su hermana, vivíamos los 7 hermanos ahí. Luego, me fui con uno de mis hermanos (yo tenía 15 años), él ya estaba grande, tenía su familia. No lo soportaba, así que me regresé con mi tía y de ahí hasta los 18 años. Ya no vi a mi mamá, desconozco qué le pasó, más que se regresó a su tierra. Luego me fui con otra hermana, estuve saltando de casa en casa. Te cuento esto, porque cuando entro a la soldadora, conocí a un señor.

Él me invitaba a salir, yo acepté, pero inventó chismes de que yo andaba de Ya sabes, con otro. Pero ni él, ni yo éramos pareja. Un buen día me cansé y que me voy con el otro, con el que decía que yo andaba de loca. Se me hizo fácil. Pensé que aquél otro era buena persona. Lo veía acompañado de sus hijas, eran dos. Resulta que su esposa lo había abandonado. Me conmovió y ahí voy de tonta, a juntarme con alguien que no conocía. Nunca me casé, pero viví mucho tiempo con aquél. Me junté porque me pareció buen señor. Al poco tiempo de haber entrado a la fábrica, murió mi tía, me quedé sin casa. Él se ofreció para darme casa a costa de que yo dejara de trabajar en la soldadora, decía que ya era su mujer....”

Cuando Tomasa inició la trayectoria conyugal junto con su pareja, también inició una acumulación de violencias por parte de éste. La entrevistada identifica el alcoholismo, como la causa del comportamiento violento del hombre:

“Mi esposo fue alcohólico desde que lo conocí, pero responsable. Llegaba, a veces, borracho al trabajo con sus dos hijas, nunca faltó al trabajo, así estuviera crudo. Lo que yo aguantaba por tener un hogar. Creía que solo teniendo marido, que ni lo era, podía tener mi casa y mis cosas. La verdad, es que me negaron más cosas que cuando vivía con mi tía: no podía trabajar, no podía comprarme nada. En la casa, hacía falta dinero para todo, hasta para comer, de hecho, hasta que no vio que en verdad no teníamos para comer, comenzó a darme más dinero. Eso significaba que ya no tenía para su alcohol. Cuando no tomaba se sentía frustrado, se enojaba, era un diablo.”

La entrevistada comenta que al ser víctima de violencia, tuvo que construir una red de apoyo con los vecinos de la unidad a la que llegaron, después de vivir 15 años en los inicios del poblamiento de Cuautitlán Izcalli: *“Recién nos habíamos casado, cuando el papá de este señor le heredó un terreno, allá en el Estado de México. Era un terreno en el cerro, estábamos solos, no había mucha gente, más que conocidos del lugar, comenzaba a poblarse. Llegamos al terreno, construimos, no había mucho para hacer. Entre que terminábamos con la construcción y él se iba a trabajar, yo me queda en la casa cuidando a sus hijas, preparaba todo para cuando llegara. Tuve que limitar mis actividades, cuando me embaracé a los 18 años, te digo que todo fue rápido. Me llevé una sorpresa porque el hombre que conocía en la fábrica, era uno diferente al de la casa. El de la casa me chantajeaba, me golpeaba. Resultaba que yo tenía la culpa. Los vecinos estaban al tanto de lo que me hacía. Para que ellos se enteraran de que me pegaba... Tener que vivir con miedo era lo normal, me gritaba, me amenazaba, me hacía sentir culpable de las golpizas que me daba y, también, de que él violara a mi hija, la mayor. Yo vivía en el chantaje. Tuve que meterlo a la cárcel. En ese momento, no tenía más apoyo que el de mis vecinos, trabajaba en sus casas, las limpiaba. Tuve ese apoyo porque fueron varias veces que después de golpearme, me mandaba a la calle. Yo me quedaba con los vecinos que sabían de mi situación.”*

La dinámica alimenticia en el hogar estuvo llena de violencia y carencias económicas, pero Tomasa tuvo estrategias que ayudaban a contrarrestar los efectos de la situación que

vulneraba a sus hijos y a ella: “...la primer noche que pasamos juntos, él me dijo, Órale hija de la...sírreme de comer, de ahora en adelante si vives aquí, aprende que tu deber es darme de comer y a mis hijas también. Llegaron mis hijas y la situación era la misma. No les faltó alimento a las dos niñas de mi esposo, aunque no eran mías, las cuidaba como si lo fueran. Con mis hijas e hijos fue distinto. Ellos nacieron cuando mas mal nos iba, no teníamos casa terminada, no teníamos dinero, no teníamos mucho. Tenía que cuidarlos y el señor no me daba dinero, lo que hice fue irme a trabajar a escondidas. Me ganaba mi dinero pero también le pedía algo de comida a los patrones, bueno, los dueños de las casas que limpiaba. Ellos sabían que me pegaban, pues me veían moreteada de la cara, sabían de mis hijos. Entonces, de la comida que hacía de las casas, me regalaban una cazuelita. Esa cazuelita era de sopa, guisado, lo que fuera. Ya teníamos para comer en la casa. Hacía rendir todo para 7 personas, menos para mi esposo. Me decía, ¿apoco tienes a tus hijos sin comer? Dame de tragar. No lo hacía, ya sabía que comía en la fábrica y, a la hora de la salida, se iba a tomar, por eso no le daba comida. Mejor yo comía, y luego ni yo, con tal de que los niños tuvieran alimento.”

Tomasa cuenta que durante su trayectoria conyugal tuvo 3 hijas y 2 hijos. La primera, cuando tenía 18 años; la segunda, a los 21; la tercera a los 22 años; a los 24, su penúltimo hijo y, el último, a los 29. Comenta que los 5 años que existe de separación, entre su 4to y 5to hijo, es el lapso que tuvo para tener tratamientos anticonceptivos (tratamiento hormonal inyectado): “Supe cómo era mi pareja y no quería tener más hijos con él. Decidí inyectarme para no tener hijos, estaba como beneficiara en el ISSSTE, aproveché la planificación familiar. Por desfortuna, un vecino chismoso le dijo a mi marido que yo estaba queriendo dejar de tener hijos. Me tocó una golpiza de aquellas, Vas a tener los hijos que yo quiera, decía mientras me pegaba de patadas. Verdad era que tenía más atenciones por estar embarazada y ser mamá. Hasta las patronas, me daban más comida o me pagaban un poquito más. Exacto, también significaba que comía más y más veces al día.”

Las desventajas que Tomasa había acumulado hasta los 30 años estaban relacionadas con pobreza, violencia familiar, violencia sexual, trabajo precario, entre otras. Su juventud y adultez jugaron un papel activo para enfrentar las carencias de salud que tenía: “Mis embarazos nunca los cuidé, decía mi esposo que si me aliviaba, tenía que ser en casa, nadie

más me podía ver el cuerpo. Si me sentía mal, a él no le importaba. Tenía que seguir trabajando de casa en casa, al menos me pagaba más. Pero en la mía ...Esté o no borracho, me tienes que dar de comer, decía mi marido. Las golpizas disminuían, tenía tiempo de sanar. El dolor no me dejaba comer. A veces me pegaban en los ojos, por eso los tengo como de boxeador. Golpeada y sin comer bien y embarazada, yo no paraba por mis hijos y las hijas de mi marido. ¿Que cómo le hacía para curarme? Los vecinos me llevaban al médico cercano. Ya para el 80 había más gente en Izcalli. Algunos eran profesionistas, eran los menos. Ellos me ayudaban.”

Otro de los elementos que intervino como apoyo alimentario, asesoría legal y de salud era otorgado por el DIF. Apoyaba con cortes de cabello para niños, paquetes de comida, guardería y más: *“Los apoyos que daba el gobierno nos ayudaron para todo. Solo teníamos que ir a las juntas, pagar 50 centavos por un corte de cabello. Dependía, te hacían un estudio socioeconómico, si eras muy pobre como nosotros, luego no pagabas nada por un desayuno o el corte de cabello o el chequeo médico. Ahí pude asesorarme con un licenciado que me ayudó a denunciar a mi esposo. Me hizo ver que yo estaba viviendo chantajeada y que eso no era normal. Metí a mi esposo a la cárcel por haber violado a mi hija, por los golpes, pero no sirvió de mucho. Salió muy pronto, porque se asesoró muy bien, tenía amigos. Quiso regresar conmigo, a ser pareja, pero no. Le soporté infidelidades, humillaciones, golpes. De tonta si volvía a caer.”*

Gracias a la asesoría legal que tuvo en el DIF y al seguimiento del caso que hizo la institución, la entrevistada pudo separarse de su esposo, pero éste se negaba a separarse debido a que necesitaba ayuda: *“Hubo un tiempo en el que no supe de él, como un año después de la salida de la cárcel Mis hijos sabían del encierro, estaban de acuerdo, pero era su padre, lo veían cada vez más viejo, se preocupaban. Manteníamos distancia por todo el proceso legal. Mientras él estuvo en la cárcel yo me quedé en el hogar. Mis hijos e hijas ya me mantenían, porque yo no tengo derecho a pensión y si estoy asegurada es por mi hija la mayor. Hace 20 años tengo seguro social. Mi hogar era el departamento que uno de mis hijos le compró directamente a su papá, se lo compró para que me dejara en paz. En fin, él sale de la cárcel, me busca en el departamento, me dice que ha vivido en la misma unidad con una vecina, con la que me engañó, una mujer más joven que él, por 20 años. Decía,*

Quiero que me cuides, aquella ya no me quiso y contigo tengo hijos, tienes la obligación de cuidarme porque estoy enfermo y delicado. Yo ya no lo cuidé, reconocí el chantaje. Mis hijos se encargaron, le pagaron una enfermera. Yo no podía hacerme cargo de él, ya con 60 años, yo quería cuidarme, al menos ser tranquila, comer bien, tener tiempo para mí, no involucrarme con alguien más, y tengo a mi novio, pero no quiero nada de vivir con él. Como sea, aquél ex marido, o no sé cómo llamarle, murió en el 2013, por una complicación respiratoria, fumaba y tomaba mucho.”

Tomasa recibió en el año 2011 el diagnóstico para DMT2. Actualmente, asiste a los llamados a consulta en una unidad del ISSSTE. Como enunció la narración de Tomasa, este seguro es proporcionado por sus hijos: *“Ellos, más mis hijas, son las que se ocupan de mí. Para nadie fue un secreto cómo era su papá, ahora ellos me apoyan, me dan para el gasto, para la comida, para el doctor, para el gasto del departamento. Mi manera de agradecerles, es ayudando a cuidar a los nietos, bueno, ahorita biznietos. Los niños me dan fuerza. Trato de decirles que no sean como su abuelo, que coman bien, no como su abuela que se aguantaba el hambre.”*

Tomasa es consciente de las “tristezas”, como ella nombra, que en su vida se presentaron y que hicieron de sus trayectorias un constante truncamiento en escolaridad, trabajo, matrimonio, y vejez. Al hablar de éstas, el tema de la alimentación a lo largo de sus trayectorias, mantuvo una constante incertidumbre, pues factores como la violencia familiar, trabajo informal, procesos judiciales, entre otros, tuvieron gran injerencia en los horarios alimenticios: *“...era mucho estrés, mucha angustia, no tenía hambre. Todavía me pregunto cómo es que sigo viva, si casi no comía. Yo era de refrescos, de pan, de galletas, de lo que hubiera en las casas. Pero hasta ahorita puedo hacer de comer para mí, para disfrutarlo yo, no nadie más.”*

A diferencia de narraciones anteriores, Tomasa ha encontrado en la vejez una oportunidad para desacumular las desigualdades que vivió. Situación posible, principalmente, a la red de apoyo familiar:

“A lo mejor tuve suerte de sobrevivir, pensé que la había librado. Lamentablemente uno no es de hule. Me dio la diabetes. Cuando me dijeron, tuve mucho miedo porque para mí, era

un logro llegar a vieja, sin enfermedades, sin malestares de huesos, sin tantas canas. Pero llega la diabetes y lo primero que pienso es en mis tías. Murieron de eso. Una terminó sin sus dos pies. Tenía miedo de que me cortaran mis pies y ser una carga para mis hijos. Me ha costado, pues sí, dejar de tomar refrescos. Solo en principio, porque después no es necesario. Digamos que el primer año con diabetes es duro. Estaba acostumbrada a tomar refrescos y panes, que si para el susto, que si para la presión, que si para el enojo. Todo por las angustias. Bajé mucho de peso, y no me sentía gorda. El régimen alimenticio te hace bajar de peso. Pero con mis pastillas (metformina), ejercicio y alimentación, con eso la libro. Tengo más de 7 años con el control de mi azúcar. Es gracias a mis hijos.”

Hilda

No quería ser como las mujeres de mi familia. Tuve que cambiar mis hábitos.

La señora Hilda Sánchez es una mujer con 70 años de edad. Actualmente es pensionada del sector gubernamental y ha sido diagnosticada con DMT2. Es originaria del estado de Oaxaca y de un matrimonio dedicado al campo. Las tareas del hogar estaban a cargo de su madre, mientras que su papá, dedicaba trabajaba en la cosecha y siembra de la pequeña propiedad que tenían.

Sus padres tuvieron una educación trunca debido a que en el “pueblo olvidado” (como ella menciona en la entrevista) no había más de una escuela, la cual, contaba con maestros para cubrir hasta el 4to grado de educación básica. Sus padres desarrollaron DMT2 y en la comunidad no contaban con médicos que atendieran sus malestares, por lo tanto los cuidados eran responsabilidad de un hierbero:

“Vivía en un pueblito olvidado, sólo había una escuela. Ahí estudió mi papá, mi mamá, mis hermanos y yo. No había nada, el médico era un hierbero o parteras. De hecho, el alivio de mi madre, cuando me estaba esperando, fue con una partera. Me platica que no tenía cuidado alguno, comía normal. Yo digo que era muy poquito porque nací baja de peso, he sido muy bajita y delgada desde que tengo memoria.”

Hilda nació en el año de 1950. Al momento de recordar su infancia, la describe como una dentro de un panorama desolador: *“¿mi infancia? La recuerdo muy triste, porque mi madre muere cuando yo tenía 6 años. Fue un trauma para mí, causó muchos traumas. Hasta la fecha, siento que extraño a mi mamá, me hizo falta. A su muerte, la familia se desintegró. Los mayores ya podían valerse por ellos, somos 8 hermanos (5 mujeres y 3 hombres). Yo era de las que todavía necesitaba cuidados, así que, mientras mi papá trabajaba, mi abuelita me cuidó. Mi padre tuvo muchos trabajos después de la muerte de mamá. Era campesino, cuando ya no alcanzaba el dinero para mantenernos, se fue de bracero a los EEUU. Nos escribía, mandaba cartas, regresaba cada año. Como podía pagaba para que nos hicieran la comida, nos cuidaran, en general. No fue mucho tiempo el que estuvo así porque se casó de nuevo en Oaxaca con una nueva mujer. Lo malo era que esa mujer no nos quería a las pequeñas del anterior matrimonio. Hubo serios problemas.”*

La entrevistada comenta que las rutinas de alimentación dependían estrictamente del pago por hacer la comida: *“Cuando muere mi mamá, no había quién nos cuidara, yo asumo que ella se encargaría de nosotros. Me acuerdo que ella se encargaba del hogar, limpieza y comida. Entonces, al no estar ella, cuando éramos niñas, dependíamos de que mi papá le pagara a alguien que nos hiciera la comida, lo básico, sopa, frijolitos, tortillas, agua de sabor. En ocasiones, cuando papá se casó de nuevo, él nos hacía de comer porque la señora no nos quería, sólo le daba de comer a sus hijos. Mi papá, se enojaba y después de regresar de la tierra, hacía la comida, comidas pobres: café, pan, tortilla y sal. La verdad es que hambre sí tuvimos. Cuando tenía 11 años, ya podía hacerme de comer, el problema era la cantidad de cosas para comer. O sea, la señora de mi papá se enojaba porque... por ejemplo, agarraba más tortillas de lo normal o sopa, o pollo, o fruta cuando había. Me desesperé mucho, era una injusticia. Mi papá le daba dinero para que comprara maíz y todavía le daba otro poco para que nos hicieran las tortillas, pero no nos tocaba lo suficiente. Incluso me acuerdo que en este matrimonio, les dio para construir corralito y sembrar más verduras, además de granos, que era como lo necesario. De todo lo que veía de comer, no podíamos más que seguir las indicaciones de la mujer de la casa. Decidí, irme al D.F. en cuanto cumplí 14 años. Fue peor, aunque me fui con la hermana de mi papá, en esa casa tenía que limpiar y cuidar a los niños para ganarme el plato del día. No aguanté tanto. Hasta que me quedé con una hermana de mi mamá, otra tía, pude sentirme bien. Ahí sí nos cuidaban, ahí yo*

cuidaba a mi abuela, podía ir a la escuela, podía comer bien y hasta refrescos, dulces, frituras.”

El evento migratorio del campo a la capital del país, configuró una serie de oportunidades educativas y laborales, de tal manera que Hilda continuó su educación básica:

“Cuando llego con esta tía, lo primero que me dice es que tengo que terminar la escuela, así que entré a la primaria bien grande. Continué a los 14 años, sí, entré a 4to año. Lo que pasa es que después de que muere mi mamá, mi papá se va a los EEUU, manda dinero, hace lo que puede. Mi abuelita, que en ese entonces nos cuidaba, no llevaba a la escuela, gracias a sus cuidados, pude estudiar 3er año, pero después, también murió. Mi padre regresa a Oaxaca y se casa de nuevo. En mientras, solo pude estar ayudando en la casa, y mi tarea principal era cuidar a los niños más pequeños del matrimonio de mi padre. Por eso, cuando llego al D.F., lo primero que hace mi tía es meterme a la escuela de adultos. Pude terminar mi escuela hasta donde quise. Ora sí que no tenía otra cosa más qué hacer, más que estudiar.”

La trayectoria escolar de Hilda se caracteriza por ser intermitente debido a los eventos que presencié a lo largo de su juventud e infancia. La vida en la ciudad le permitió recuperar el ritmo escolar y poder estudiar carreras técnicas: *“A los 6 años entré a primero de primaria, estudié hasta 3ro de primaria. Recuerdo que repetí año, repetí tercero porque no había maestro que cubriera 4to. Lo que hacían en el pueblo era que retenían a los alumnos para que no hubiera desfase entre las generaciones, así, tener una generación completa que saliera de 4to grado. Así que lo repetí, tenía 10 años y yo en 3ro de primaria. Cuando mi papá se casa y todo lo que pasó, deje la escuela. Pasaron 4 años para que la retomara, fue hasta que llegué a la ciudad. Aquí estudié de corrido hasta los 20. No creas que estudié hasta la universidad. Terminé la primaria a los 16 años; después entré a la secundaria, sólo estude un año, era muy difícil, no entendía. No terminé la secundaria, únicamente presenté un examen de validación y a los 18 me metí a unas clases de corte y confección. La carrera no me gustaba porque era muy tediosa, así que mi tía me metió a un taller de taquimecanografía. En casa de la tía no querían verme sin hacer nada, por eso cuando decido irme de la secundaria, se esmeraron por hacerme entrar en razón.”*

El inicio de su vida en la capital de país implicó un cambio radical en la forma de alimentarse, pues el apoyo de su tía era incondicional, según comenta. Para la entrevistada, la alimentación era distinta y abundante:

“Yo ya no fui beneficiaria de desayunos de la primaria porque no, era una joven, no una niña. Mi forma de comer, yo diría que cambió, debido a que la situación económica con mi tía era próspera. Mi tía era administrativa en las oficinas del SEP, vivía con una de sus hermanas, entre las dos atendían la casa. Se podría decir que éramos como sus hijas. La comida de la ciudad, desde que llegué, para mí era completa: sopa, huevos, carne, refrescos (hasta por cajas había en casa), mucho refresco, garnachas, panes que no conocía. Yo fui re panera y garnachera, fui de mucho pan y azúcar. Me regañaban porque cuando no había pan dulce, lo que hacía era abrir un bolillo y echar azúcar. Eso no quitaba que en la noche, me comiera otra dona de chocolate o rejas con cajeta.”

Hilda tuvo una transición muy corta entre la trayectoria escolar y la laboral, puesto que su tía con la que vivió, la apoyó para conseguir su primer trabajo en el sector educativo. La entrevistada comenta al respecto: *“Cuando tenía 24 años, después de terminar de estudiar taquimecanografía, entré al gobierno. En general, así digo, porque entré a las estancias infantiles, como ayudante de educadora. En el gobierno trabajé 37 años. No tuve interrupción, solo cambiaba de trabajo. Por ejemplo, como asistente de educadora, trabajé 6 años. Cuidaba a niños de menores de 6 años. En el trabajo, nos daban servicio de comedor, por lo que la comida no fue problema, era nutritiva, teníamos que dar el ejemplo para saber cuidar a menores y ser responsables de nuestra salud. A los 30 años, regresé a la escuela, esta vez para estudiar por dos años la carrera técnica como Auxiliar educativa. Ya tenía mi papel, ahora sí, podía tener un mejor sueldo. Entonces decidí que no era necesario continuar mi carrera como educadora. Ya no tenía la misma paciencia, por lo que me dediqué a lo administrativo. Mi tía estuvo al tanto de mí, dándome consejos para desarrollarme en el ámbito profesional dentro de la misma estancia. Poco a poco mi prioridad fue lo administrativo y era re buena. Así estuve 15 años.”*

Con respecto a sus prácticas alimenticias, Hilda asegura que descontroló sus comidas debido a que la carga laboral era mayor con respecto al de ser educadora frente a grupo: *“Sí, nos daban de comer en el centro, pero primero pasó que cuando decidí estudiar para subir de*

puesto, tuve que aprender a comer mientras estudiaba. Porque en los trayectos de la escuela, hacía la estancia, eran largos. Pues, aprovechaba para comer en la combi. La escuela estaba hasta el sur, por Barranca del Muerto; la estancia, estaba por aquí en Azcapo. No, pues, comía mis cacahuates, gorditas o quesadillas fritas, a veces una torta, a veces agua, y comía en la estancia, o a parte de todo lo que se me antojaba en el camino, también comía en la estancia. Era bien tragona. Eso lo hice durante 2 años, es decir, al mismo tiempo que estudiaba. Después fue normal para mí. Me gustaba que comía y no subía de peso.”

Las oportunidades que pudo aprovechar en su vida, con relación al trabajo, dependieron estrechamente de las habilidades que desarrolló en la estancia infantil, pero también al apoyo familiar. Hilda comenta: *“Tras 15 años de trabajo administrativo, sentía que lo que ganaba no era suficiente, digo, nunca me case, nunca tuve hijos, quería seguir creciendo laboralmente. Tuve la oferta de trabajo para administrar un centro comunitario, Atrás de los edificios que están la av. Aquiles Serdán. Era una oportunidad que no quería que desperdiciar, porque implicaba más salario, pero también era más desgaste. Llegué a levantar todo. Era un centro comunitario muy modesto, hice lo que pude para tener mayores ingresos, buscar talleres culturales, buscar todo. Lo levanté. A costa de trabajar en casa, después de una jornada de casi 12 horas. El trabajo lo demandaba, francamente, lo disfrutaba. Era estresante saber que tienes la responsabilidad de administrar, además de las actividades para adultos, los presupuestos de colaboradores, de empresas que aportaban, muchas cosas. A veces quería aventar todo. Pero no podía. Con la muerte de mi tía, ya no podía quedarme quieta, ahora yo era responsable de la casa. No me faltó nada, gracias a dios, durante otros 17 años. A parte, el centro comunitario estaba una combi de donde vivía, me hacía 15 minutos. No gastaba en comidas fuera de casa, porque tenía la ayuda de una señora que se dedicaba a la limpieza, también me hacía de comer. Mantuve las costumbres del hogar, en cuanto a los alimentos.”*

Durante 17 años, el trabajo de Hilda tuvo su completa atención. El estrés que el centro comunitario generaba en su vida, alteró fuertemente la frecuencia de consumo alimenticio, de tal manera que las botanas altas en calorías y grasas fueron su principal alimento durante los últimos 7 años de su trayectoria laboral: *“No le hace que ya te sepas el trabajo que tienes que hacer, en ese entonces me quedaba sin personal de talleres, me quedaba sin*

colaboradores y por lo tanto sin ingresos. Cuando eso pasaba, yo misma entraba como personal de talleres, de administración. Me partía en mil cachitos para tener todo bajo control. Claro, nunca me quedé sola, la misma comunidad era la que se involucraba en las actividades y propuestas. Esta última etapa de mi trabajo, duró 7 años. Yo ya no comía, me mantenía de botanas, garnachas y refrescos, era lo que me daba tiempo comer. Lo extraño era que mis conocidos me decían que era más flaca de lo normal, que me veían cansada y hasta amarilla. Pensaba que era cansancio por estrés. Pero no. Se me hace que ya tenía la diabetes. Porque realmente no pude ir al médico para los chequeos de sangre. No tenía ni razón de ir. No me sentía mal. Cuando empiezo a sentir esos cansancios los dejé pasar. Pensaba: es por la edad, es por el estrés, cuando me jubile me checo. Esperé a mi jubilación para ir al médico y sí, tenía diabetes.”

La vejez de Hilda es identificada, cuando decide jubilarse a los 63 años. El temor a no saber qué hacer después de trabajar más de 30 años era algo inevitable, sin embargo con organización de tiempos y actividades, la entrevistada pudo acoplarse a distintas acciones a su favor, entre ellas, el cuidado de su salud y alimentación: *“Gracias a mi trabajo, tengo pensión y seguro. Apenas me jubilé que me voy al doctor. Utilicé los servicios del ISSSTE y, efectivamente ya era diabética. Fue una sensación de vacío y ansiedad, pues se me juntó la noticia, con la jubilación, con el sentimiento de creer que una ya no sirve. Extrañé mi trabajo, extrañé a mis compañeros, extrañé mis ingresos, extrañé...Pero fíjate que después no. Cambié de aires, con la pensión que me dieron pude quedar más o menos bien. Fíjate, recién terminé la jubilación, tuve muchas bendiciones. Terminé de pagar una casa que saqué a crédito; pude rescatar la casita de Oaxaca, donde nací, además ahorita rento las tierras para que las trabajen en el pueblo; hice mi casa de descanso; la casa de mis tías, ahorita está en renta. De mí, puede pasar lo que sea, actualmente vivo sola, rento un departamento para vivir, soy independiente y me acoplo a la situación. Mi tiempo en la vejez, pienso que es feliz, puedo ayudar a mi familia, a los que quedan. No tuve hijos, no me quise casar, pero tengo familia que me apoya y con gusto, los apoyo. Antes de que ellos se vayan a trabajar, me dejan en la clínica, ahí tenemos un club de tejido. En el cambio de turno, mi sobrina, pasa a recogerme como a la 1 y me deja en mi departamento. Mis hermanos, los que queda, me agradecen por echarles la mano porque luego no tienen dinero. Llevo mi vejez muy activa.”*

El diagnóstico positivo para DMT2 en la vida de Hilda, es acompañado por el inicio de su etapa de vejez, pues a la edad de 61 años, recibe esta noticia. El sentimiento de tristeza y ansiedad profundizaron en su estado de ánimo, pero también dieron una oportunidad más para modificar sus hábitos alimenticios: *“Me sentí mal, pero tranquila, no sabía que estaba entrando en depresión, pensaba que era normal sentirse así por tener una enfermedad y, tener al mismo tiempo, tanto tiempo libre por la jubilación. Lo primero que pensé fue: bueno, no es sorpresa, mis tías murieron de eso, pero no se cuidaron, padecieron mucho, seguro es por la herencia. Ver cómo se acababan, me dio miedo, tuvieron complicaciones en la piel y los riñones, una de ellas dejó de ver. No quería ser como las mujeres de mi familia. Tuve que cambiar mis hábitos. Como crecí, la forma en que comí y los hábitos que aprendí desaparecieron. Dejé el pan, la tortilla, las sopas y las garnachas, qué te digo del refresco. Para mí está prohibido. Debo confesar que esto no es un cambio de la noche a la mañana. Primero me asesoré con el médico, luego, con una sobrina que también tiene diabetes pero a ella se la detectaron muy joven. Entonces, esas recomendaciones como dieta, ejercicio y tratamiento juntos fueron efectivos. No he modificado mi tratamiento en 6 años que llevo con la enfermedad: media pastilla (de metformina) y, otra media, en la noche. Tuve que comer menos, pero eso me trajo otro problema y fue que no comer suficiente. Los médicos me dijeron que comiera más, yo encantada, pero con moderación. El secreto es tener horarios fijos de alimentación (que hasta ahorita puedo tener), ser disciplinada. Hay que aceptar que uno ya no es normal, ya no. Hay que cuidarse porque si lo hago, complico a los que quedan de mi familia, a mis sobrinas. Puedo hacer todo, siempre y cuando pueda cuidarme. Seguir en independencia es mi objetivo.”*

Celia

Prefiero dejar de comer eso, a tener que estar aguantando los regaños del doctor.

Esta es la historia de Celia. Nace en el año de 1943 en el estado de Guanajuato. Una persona mayor de 77 años residente de la alcaldía Azcapotzalco. Su familia de origen, vivió en el estado de Guanajuato. Su padre y madre, dedicaron su vida al trabajo del campo, en una comunidad dentro del municipio de Celaya. Su principal trabajo consistía en la siembra y

cosecha de maíz, trigo y frijol, aunque también criaban aves y, cuando podían, cerdos y borregos. Los productos que, de la pequeña propiedad surgían, eran destinados para el consumo familiar. La producción aseguraba tres comidas a la familia:

“según me acuerdo, no sufrí hambre, lo que pasa es que, era poquito, sí, pero comíamos bien, o yo digo que bien....eran frijolitos tortilla y café de agua. Como teníamos a los borregos o puercos, pues esa sí, al menos una vez al mes comíamos carne. Yo creo que como eran animalitos de la casa, sabían mejor, en el campo nada se tira. Lo que pensábamos que nos sobraba, le podíamos sacar unos pesitos en el centro de Celaya.”

Recuerda que su pueblo, como lo nombra a lo largo de la entrevista, presentaba carencias importantes, entre otras, la de servicio médico:

“...como no había doctor, las mujeres parían en la casa, muchas veces entre la tierra y, pues lo sucio. No, no había cuidados como tal, lo que te llegaban a decir era que comieras mucho y eso, te lo decía la partera. Cuando mucho te decían que comieras bien, que comieras por dos, ya tenías al niño adentro. Por eso, mi mamá no tuvo cuidados como los que hay aquí en la ciudad. O sea, sí había médico, pero hasta el centro de Celaya, no en la comunidad del pueblo.”

La lejanía del servicio médico es crucial para comprender que la señora Celia no contaba con información acerca de su nacimiento o algún problema relacionado con éste: *“No, qué me voy a acordar, no sé ni cuanto pesé. En el pueblo solo era de que naciera el bebé, se recuperara la mamá y órale, a seguir al campo.”*

Su infancia fue marcada por el constante aprendizaje de tareas del hogar, puesto que ir a la escuela, dentro de la comunidad, no era valorado por los adultos: *“... teníamos que caminar un montón, como 5 horas para llegar a la escuela del centro. Luego, en esa escuela no había más de tres grados, para seguir estudiado había que ir a otra escuela. Total, no estudié, tampoco creí importante, porque se acostumbraba que la mujer se dedicaba al hogar, sentía que no tenía que ir a la escuela. Así me lo hicieron ver.”*

Cuando le pedí a la entrevistada contar al respecto de su alimentación durante la infancia, sólo aseguró que sintió que le hizo falta más fruta, las frutas y verduras, eran algo que solo

se podían permitir “*las personas ricas*”: “*...sí comíamos fruta, pero si la carne era lo que se comía menos, las frutas escaseaban, no alcanzaba para todos. Mira, nosotras no comimos frutas que no fueran agarradas de los árboles, de las que se caían a la tierra. Me acuerdo mucho del dulce de los hijos, de las naranjas....*”

Al cumplir los 6 años, Celia, al igual que las niñas de la comunidad, aprendía a hacer tortillas a manera de juego. Esta actividad la preparaba para que, años más tarde, pudiera involucrarse en las tareas del hogar, tareas relacionadas al cuidado: elaboración de comida, aseo, alimentación del ganado, compras, etc. A los 8 años cumplidos, su participación en la elaboración de tortillas y comida, en general.

Debido a que Celia no desarrolló una trayectoria escolar, ella, junto con los niños de esa comunidad no fueron beneficiarios de ningún programa alimenticio, como los desayunos que la escuela primaria otorgaba: “*...en el pueblito no llegaba eso, hasta después me enteré que había desayunos, pero mientras no. Para comer, del diario teníamos que cocinar los frijoles, tortillas, hasta pan hacíamos. Fue una época en la que, mientras pasaba el tiempo, sabía que tenía que aprender a hacer bien las cosas para estar lista cuando me casara. Viví con mis padres hasta los 20 años, me dedicaba a la limpieza de todo, llevar de comer a mi papá al campo, a veces pastoreaba los borreguitos que teníamos, después me case. En ese tiempo, cuando con mi mamá y mi papá, conocí a un vecino, él era muy atento. Como que yo no le veía chiste, pero con él me casé. Era muy comprensivo, eso me gustó. Pues que me caso.*”

Con el inicio de su trayectoria conyugal, Celia tuvo que migrar a la Ciudad de México, puesto que su esposo había conseguido trabajo como policía. Este cambio dentro de su vida, implicó dos eventos importantes en su vida: la necesidad de involucrarse en el gasto del hogar y la adaptación a una nueva manera de alimentarse: “*Cuando llegué al Distrito Federal, me di cuenta de que todo era más caro, pero también era más fácil de conseguir la fruta, dulces, todo. Aquí doblabas la esquina o caminabas un poco, llegabas a una tienda o puesto de lo que fuera, papas, chicles, todo. Me di cuenta que me gustaba la ciudad, pero para vivir aquí tenía que trabajar, así que, como me había traído la máquina (de coser) de mi mamá, trabajé como costurera de término. Quiere decir que me dedicaba a terminar las prendas de ropa que se hacían en las fábricas.*”

Sin embargo, el ser costurera no era buena opción para ella, su esposo no quería que trabajara, pues según sus valores, “las mujeres debían procurar la casa”. Una ventaja con la que contó nuestra entrevista fue que, debido a que el horario de trabajo de su esposo implicaba 10 hrs de trabajo, Celia podía trabajar mientras él no estaba en casa:

“Mi primer trabajo lo tuve a los 22 años, trabajaba esporádicamente porque mi esposo no quería que trabajara. Yo no le hice caso, sabía que él no estaba en casa y no había más que hacer después de limpiar. Pues que me consigo un trabajo, yo limpiaba casas, juntaba mi dinero y, así podía ayudar a mi esposo porque luego no nos alcanzaba. Cuando llegamos al D.F., comenzamos a vivir con una de sus tías, ella estaba hasta Ciudad Neza. Nos apoyó mucho. Cuando me conseguía trabajos como doméstica, todos sabían, menos él. Sabía su papa, mamá y hermanos. Antes no era difícil conseguir trabajo, na'mas salía a la calle, de casa en casa. Era suficiente. Estuve así durante 5 años, más o menos. Cuando nacieron mis hijos, sí tuve complicaciones porque, en primera, tuve que dejar de trabajar mientras me aliviaba, en segunda, ya tenía que ir por ellos a la escuela. Entre esto y lo otro, apenas me alcanzaba el día.”

El trabajo informal que Celia desarrolló durante toda su vida, hasta los 50 años, fue intermitente. No había razón para dejar de hacerlo: “...yo era libre, no tenía que ocultar nada, si mi esposo se enteraba que yo trabajaba, estaba dispuesta a llevarlo al trabajo y, según, su familia me apoyaría en hacerlo entrar en razón. Te lo digo como si fue fuera muy malo mi viejito, pero no, era comprensivo. Tuvimos peleas, pero nada fuerte. Lo que sí me daba miedo era que se enterara que iba a las fábricas de vestidos, para conseguir trabajo de terminadora y seguir utilizando la máquina de mi mamá.”

Hasta los 50 años, la señora Celia pudo conseguir un trabajo formal dentro de una fábrica como costurera. Fue posible gracias a que sus hijos tuvieron independencia económica y familiar:

“...como vivíamos con la tía de mi esposo, había que organizarme bien. No como sea me podía salir... fue hasta después que mi esposo consiguió un crédito y compró un departamento aquí, en Azcapo. Eso fue una bendición, porque ya no tenía que levantarme a las 5 am para prepararle el desayuno a mi esposo; con los niños, fue menos trabajo, porque

la escuela estaba a dos cuadras, ahora imaginé, la fábrica me quedaba a 15 minutos desde mi casa. La cercanía me dio tiempo para mí. A trabajar no entré formalmente hasta los 50 años, mientras tanto, yo seguía como terminadora. Me gustaba, así sí me daba tiempo de todo: a las 6:30am, preparaba el desayuno para todos; a las 7, iba a dejar a mis niños a la escuela; de las 8 pm, hasta las 13 hrs, me dedicaba a la costura y hacer de comer; de la 1pm a 2pm, comíamos. Ya hasta la noche volvía mi marido, solo le daba de comer, mientras, ya había trabajado todo el día y me había ganado mis pesos...”

Sin embargo, al preguntarle más detalladamente sobre las dinámicas de su alimentación, en particular, al tratarse de intermitencias dentro de su trayectoria laboral, ella comenta: “...no tenía problema con andar a las prisas en todo el día, con la escuela de los niños, la comida y limpieza de las casas, más el trabajo en casa, más lo que fuera, yo podía con todo. Lo que sí, es que no comía, póngale, desde los 22 años, hasta los 50 años, estuve así, sin comer bien. Cuando me daba hambre comía galletas, panes de Bimbo, refrescos, me gustaba mucho los Mundet que habían, no dejaba de echarme mi miel con pan, que era lo que acostumbraba en el pueblo. A la hora de la comida, ya ni tenía hambre, me la pasaba comiendo. Ni idea de que un día me sentiría mal.”

Celia tenía serias irregularidades en sus horarios de comida, además de dietas altamente calóricas y azucaradas. Dentro de su narración, es notable que ciertos factores favorecieran a desarrollar una alimentación como la que construyó. Por mencionar, algunos: migración del campo a la ciudad, el acceso a bebidas azucaradas ultraprocesadas, trabajo informal y valores morales que determinaban las actividades de una mujer relacionadas con actividades del hogar, pues el trabajo era algo no permitido por su esposo, quien compartió los mismos valores de la comunidad de origen. El cambio del campo a la ciudad le permitió reformular y cuestionar esos valores, pues menciona que la tía de su marido, trabajaba: “...no sé por qué no quería que trabajara, su tía trabajaba en una cocina económica. Por eso me apoyaban en no decirle, aun así no quería que él se enterara...”

A lo largo de su vida solo tuvo un matrimonio. Éste, duró alrededor de 45 años y fue significativo para ella: “...él me importaba mucho, lo quería. Me consintió demasiado durante mis embarazos, no me daba límite con el alimento. Claro, él era así, muy atento, estuviera o no esperando un niño. Pero como no quería que se enterara de mis trabajos

pues comía más y más, yo creo por angustia. Como luego no me sentía bien, me entraba una angustia por ocultar mi trabajo, porque ni que fuera de ratera, no, me ganaba bien mi dinero...me hice adicta a las galletas y dulces para calmar mi ansiedad...a la hora de la comida, si sentía hambre, pues comía como habitualmente lo hacía: de a pocos. Pero no tomaba en cuenta que ya me había echado no sé cuánto dulce y pan...me di cuenta que era una angustia que no tenía razón, yo no traicionaba a mi esposo por trabajar, traicionaba lo que aprendí en el pueblo. Él me hubiera apoyado, con su enojo y todo. Lo hablamos mucho tiempo después, como te digo, no tuve una relación mala, sí la padecemos, pero no hubo violencia. En el 2010, mi marido, murió.”

La dinámica en el hogar era modificada de acuerdo al crecimiento de los hijos y los horarios de la escuela, dependiendo de los niveles escolares que iban cursando. Sin embargo, la señora Celia, ofrecía la preparación de alimentos cotidianamente:

“Yo hacía la comida, te digo, me organizaba bien. Los alimentos en la casa fueron por mi cuenta, aunque pensé en comprar varias veces en las cocinas económicas o con las señoras que estaban afuera de la fábrica de ropa, pero no, busqué la manera de ahorrarme esos pesos. Me salía mejor hacer mi comida que comprarla, así, hasta me alcanzaba para hacer agua de frutas o comprarlas para comer. En la ciudad sí me di abasto con las frutas, a veces mallugadas, pero eran frutas comestibles. Una le busca cómo...”

Cuando se habla de trabajo, para Celia, es un constante ir venir en sus recuerdos, debido a la intermitencia de sus labores, no obstante trabajaba por la búsqueda constante de independencia: *“...me llevaba el trabajo a casa, antes de ir por los niños, después, les daba de comer y hacia la limpieza. Casi al final del día, es decir antes de que llegara mi esposo, terminaba la ropa. Con mi trabajo me sentía bien, me sentía independiente.”*

El matrimonio de Celia comenzó a los 22 años y, con éste, comenzó su trayectoria de maternidad: *“A los 23 años tuve a mi primer hijo; a los 27 años, el segundo; el tercero a los 31 años y, el último, a los 35 años. El menor nació con síndrome de Down. Con él tuve cuidados especiales, pero murió cuando tenía 19 o 20 años....”* Con este evento crucial dentro de su vida, la alimentación tuvo un giro radical, no tenía ganas de comer, no tenía ánimo de nada: *“uno borra las cosas que son tristes. Ya no me acuerdo mucho, porque me*

pongo mal. No quiero incomodar a nadie, es el dolor de una madre. No me sentí mal de qué él naciera con síndrome de Down. Tuve muchas pláticas al respecto, hice lo que podía y finalmente no estuvo en mis manos su muerte él iba entrando a la preparatoria cuando pasó....”

Dentro de su historia de salud, comenta Celia que, no fue hasta los 23 años que tuvo acceso a los servicios de salud pública: “...no tenía seguro mientras trabajaba por pedidos, tampoco cuando estaba como trabajadora de casas. Hasta que tuve a mis hijos, mi esposo me aseguró. Como no había doctor en el pueblo, fue hasta que llegamos a la ciudad que pude ir a mis citas.” Como se menciona, el llegar a la ciudad figuró una ventana hacia la búsqueda mejores oportunidades: “...además, gracias a esos programas de CONASUPO, donde te daban la leche, ya eran de ayuda, porque antes, teníamos que comprarle la leche en los establos que estaban cerca de la casa de Neza. Pero cuando nacen mis hijos, tuvimos leche de sobra, bueno, cuando nacían, ya después se hicieron intolerantes a la lactosa, al poco rato de recibir la leche.”

A lo largo de su vida, Celia no tuvo apoyos gubernamentales relacionados con la alimentación, pues, asegura que hacer tortillas le salía más barato que comprarlas:

“... cuando íbamos al pueblo, mi esposo y yo, nos traíamos maíz para hacer las tortillas, también comprábamos maíz en la ciudad, como sea, podíamos hacer nuestras tortillas. Era cuestión de ir al molino y traer todo listo para hacer tortillas.”

Una vida dedicada al trabajo y al cuidado, sin embargo la jubilación de su esposo marco un antes y un después en su trayectoria laboral:

“Cuando mi esposo se jubila, ya no podía no estar en la casa. Se jubila a los 60 años, yo creo se deprimió tanto de no hacer nada. Al principio estaba bien en la casa, después, solo se iba a tomar. Hasta que se jubiló supo que yo trabajaba, lo lleve a las fábricas donde yo trabajé, hablamos y no volvió a tocar el tema. Nos llevábamos bien, pero luego de eso, me dejó de dar dinero para la casa. La preocupación era menos porque ya no tenía a mis niños. Unos se habían casado, otros se habían ido a EEUU. Éramos él y yo. Yo no me preocupé porque no me diera dinero, ya sabía trabajar, ya sabía hacer de todo. Solo se me hizo raro. Hasta que me di cuenta que se la pasaba tomando. Iba por él a las cantinas, pero una persona

alcohólica ya no tiene remedio. Se gastaba la pensión en alcohol. Y estaba bien, era su dinero. Yo tuve que aprender a dejar de estar al pendiente de él, me harté. En 5 años destruyó su salud. Murió a los 65 años. No tuve de otra más que seguir con mi vida. Me convertí en jefa de hogar. Durante su alcoholismo, yo me mantenía con ayuda de mis hijos. No tuve derecho a pensión, aunque trabajé 10 años en la fábrica de ropa.”

Celia encarnó una serie de desigualdades a lo largo del tiempo y tuvieron consecuencia en la manera de comer. Ayunos prolongados, ingesta de productos ultraprocesados, refrescos y golosinas como mitigantes de su ansiedad, fueron los causantes de un diagnóstico de DMT2 a la edad de 66 años:

“Un día tenía cita, en esta clínica, era como rutinario porque me gusta aprovechar el servicio de salud que no tuve cuando era chamaca. Aquí venía que a consulta de no sé. Como también hay grupos de actividades a los mayores, me inscribía. Como parte del servicio, te dan tu consulta, pues a eso vine. Era para medirme la glucosa. Esa mañana me hice un chocolate en agua, bien cargado. Pues esa mañana llegue con la azúcar bien alta. Yo no sabía que tenía diabetes, si no me dice el medico qué tengo, no me daba cuenta. Empecé mi tratamiento. No quise que mis hijos se enteraran, no me gusta angustiarlos, solo les iba a ayudar en su casa por mero gusto de hacer algo. Aun así no les decía, porque me sentía bien. Bueno, años atrás sentía mareos, pero pensaba que era por viejita. Ni por aquí se me pasó pensar en la diabetes.”

Las medidas que tomó al respecto fueron contundentes, puesto que dejó el gusto por ir al médico: *“Ya estoy grande, no me gusta estar saliendo de la casa. Aquí, me hacen venir casi cada semana solo por la prueba de glucosa. No me gusta, me desespera, así que aprendí, si no quería venir seguir, tenía que cuidarme. Así hice, solo seguí las recomendaciones: dieta y ejercicio. Ahorita ando re bien, no tengo que preocuparme más que por mi pastilla diaria, una mitad en la mañana y otra en la noche. Veme, estoy delgada y con energía, vengo de mi clase de activación física. Eso sí, desde hace 9 años hago ejercicio, bueno, tengo tiempo para hacer ejercicio. No sé por qué se quejan mucho que de que no comen, si yo como bien. Lo que me duele es ya no comer mis panes, todo eso que te hace mal. Prefiero dejar de comer eso, a tener que estar aguantando los regaños del doctor. A diferencia de otras mayores, yo*

me veo con energía, cansada por algunas cosas, pero no estoy flaca, chupada y tampoco estoy temblorosa.”

3.11 Comentario al final del apartado...

En este apartado hemos observado cómo las personas muestran un cúmulo de desventajas sociales que impactan en las elecciones alimentarias, por lo tanto, en el proceso construido de hábito alimenticios. La acumulación de efectos nocivos para la salud provenientes de condiciones estructurales (condiciones laborales, violencia, pobreza, etc.), no son conscientes, si no después de recibir el diagnóstico para diabetes y recordar su vida retrospectivamente por medio de las entrevistas con los médicos asignados para seguimiento de enfermedad. Prestar atención en la frecuencia de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares refinados y, en general, alimentos ultra procesados o para consumo inmediato, es el comienzo de la modificación de elecciones individuales. El sentido de responsabilidad sobre su consumo sólo es consciente si existe la orientación de servicios de salud, es decir, únicamente si se tiene acceso a instituciones de salud pública. Por otro lado, la constante comparación con familiares o conocidos cercanos que fueron diagnosticados, también forman parte del conocimiento acumulado para afrontar el impacto que pudiera tener la persona mayor tras recibir el diagnóstico para DMT2.

Si bien este proyecto nace de la inquietud por cuestionar la idea de “hábitos alimenticios”, como principal causa del desarrollo de enfermedades relacionadas a la alimentación, es cierto que a largo de la vida, las personas mayores constriñeron sus elecciones de acuerdo eventos cruciales, como fueron: orfandad y abandono, violencia intrafamiliar, alcoholismo, violencia de género, precariedad laboral, entre otros. De esta manera, la evidencia empírica resulta relevante para comprender las desigualdades y dinámicas acumuladas en torno a la alimentación de las y los mexicanos con más de 60 años y sus efectos en la salud. Así, observamos tres niveles de determinación sobre las elecciones alimentarias en las narraciones presentadas: 1) sujetas a dinámicas de alimentación aprendidas en etapas de vida temprana; 2) condiciones emergentes del desarrollo de interdependencias sociales (dinámicas laborales y de cuidado que activan las agencias ante contingencias de vulneración) y 3) condiciones

estructurales (división del trabajo de cuidado en el hogar de acuerdo al género, políticas alimentarias, incremento de demanda de productos ultraprocesados)

La diferencia entre entrevistados hombres y mujeres, en tanto que elecciones de alimentación, al ser guiadas por el ambiente laboral, la división del trabajo de cuidados en el hogar, así como la *feminización de servicios y profesiones* (Rojas; 2019) —como la asistencia en educación y la propia docencia— constituyen fuerzas socioculturales en diversos niveles analíticos, capaces de demarcar límites y alcances de agencias individuales en torno a la alimentación de mujeres y la consecuencias en el proceso salud/enfermedad. Si bien el origen no es destino, sí plantea límites en el desarrollo del curso de vida. Por su puesto, los casos expuestos también demuestran que, pese a las vulneraciones estructurales, la interdependencia, solidaridad, apoyo gubernamental y redes sociales de apoyo, son recursos de supervivencia en la difuminación de desventajas y desigualdades eventuales, en este caso, alimenticias. Un apoyo en contextos de vulnerabilidad, sea cual sea el origen, se convierte en una desventaja menos en el curso de vida posterior.

CAPÍTULO IV

Cambios alimenticios a lo largo del curso de vida de personas mayores con DMT2.

A lo largo de esta investigación, los casos presentados convergen en un punto común: los efectos acumulados de las desigualdades en la alimentación de personas mayores y consecuencias en la salud. En la información recabada se apunta a la modificación de elecciones alimentarias de acuerdo a las trayectorias de vida relacionadas con el trabajo, la educación, el matrimonio, así como el inicio de la paternidad o maternidad, sin dejar de lado los antecedentes de cuidado durante la gestación de cada uno de los participantes.

Las formas de alimentación a lo largo de la vida, sufren cambios y variaciones, de acuerdo al contexto socio-histórico en el que los sujetos están inmersos. Estos cambios son el preámbulo a la transición para desarrollar DMT2 y, por lo tanto, a modificar un estilo de alimentación aprendido. Salud y alimentación son dos tópicos íntimamente enlazados, sin embargo, vistos por separado, sin contemplar eventos cruciales (turning point), transiciones y trayectorias, dejan cabos sueltos en la comprensión de desigualdades alimentarias acumuladas y los efectos en el deterioro de la salud de las personas mayores.

Cuestionar la idea de “hábitos alimenticios” conlleva un esfuerzo por comprender que éstos son más que una decisión personal al momento de tener “preferencias” por productos altos en azúcares, grasas saturadas y más ingredientes catalogados como dañinos. No obstante, las decisiones en el tiempo, han sido configuradas por las condiciones laborales, eventos migratorios, así como la influencia cultural de roles ligados al género, principalmente los de cuidado y labores del hogar en la vida de las mujeres entrevistadas.

El análisis de transiciones en las elecciones alimenticias y los efectos en la salud presentan dos grandes categorías saturadas en la información construida. Por un lado, observamos el primer cambio alimenticio al inicio de las trayectorias laborales; el segundo, al momento de obtener el diagnóstico positivo para DMT2. Estas dos transiciones, consideradas como cambios de un estado A \rightarrow B, serán el objetivo de este apartado analítico, por lo que es necesario involucrar las distintas trayectorias vitales, captadas en las entrevistas realizadas.

Las trayectorias expuestas serán acompañadas con una trayectoria aliada, nombrada “Trayectoria de elecciones alimentarias” con el propósito de vislumbrar la constancia de una forma de alimentación que, posteriormente, presentará cambios por diferentes eventos, sean mencionados de paso: a) migración del campo a la ciudad; b) condiciones de trabajo; c) labor en el hogar; d) inserción al mercado de trabajo durante la infancia; así como e) el diagnóstico para DMT2. La experiencia de vivir estos eventos condicionará un retraso o adelanto en la modificación de la alimentación, con respecto a otros entrevistados, por lo tanto, en los relatos, se observa que los eventos y el timing en la vida de las personas, son determinantes para dar pie a una transición en la modificación alimenticia de los sujetos.

Por ello, esta sección comienza con el elemento más representativo de esta investigación: el trabajo y las labores del hogar en relación a las trayectorias de elecciones alimentarias. En el curso de vida y, de acuerdo a los conceptos referentes en la propuesta de Ferraro (2009) sobre ventajas y desventajas acumuladas, en el desarrollo de estas trayectorias laborales, los entrevistados pudieron modificar el estilo y frecuencia de alimentos con respecto de su primera infancia y/o juventud. Los ingresos que obtuvieron, gracias a sus actividades económicas, permitieron el consumo de alimentos ultra procesados, comida callejera, comida casera, entre otros.

En comparación con otras etapas de vida y actividades, la inserción en el mercado laboral tiene un impacto positivo para las personas que describieron su infancia como una “llena de carencias” o “con alimentación escasa”. Cuando los sujetos son económicamente activos u ocupados, éstos comienzan intervenir activamente en la elección de alimentos bajo el argumento de *cumplir un gusto reprimido en la infancia o juventud*. Por lo general, elegían productos dulces, cárnicos o productos elaborados a partir de harinas industrializadas como el pan y tortillas.

El desacumular desventajas alimenticias en la vida adulta es un comportamiento habitual en el curso de vida de las personas, sin embargo, no todos los casos lo lograron, si no, hasta la vejez. A primera vista, parece un ejercicio de agencia individual por mejorar las condiciones de vida. No obstante, las condiciones de trabajo, el tiempo asignado para las comidas, labores de cuidado (principalmente en las mujeres participantes) y tareas designadas por roles de género, limitaron las opciones para construir un hábito alimenticio sano o equilibrado.

La alimentación a través del tiempo individual, así como los efectos en la salud de las personas mayores con DMT2, son producto de un marco de oportunidades y acceso a alimentos en la Ciudad de México, durante el desarrollo de trayectorias laborales en los sectores formales o informales. Comprender que las actividades de trabajo determinan las decisiones y delimitan un marco opciones en los sujetos, es entender que no hay hábitos que estén sujetos a las decisiones puramente individuales, si no que las elecciones alimenticias son producto de factores macro y mesoestructurales, es decir, consecuencias de políticas alimentarias en México.

4.1 Alimentación, trabajo y labores en el hogar.

Las trayectorias y modificaciones del consumo de alimentos, en todos los casos, fueron debido a la inserción laboral. La inserción al mercado de trabajo (formal e informal) permitió que los entrevistados obtuvieran un ingreso económico, que podían destinar al consumo de alimentos en el horario establecido por las empresas, fábricas u oficinas de gobierno. Para el caso de las mujeres, los horarios laborales, además del trabajo en el hogar y cuidados, impedían una sana alimentación, detonaban periodos largos de ayuno, consumo frecuente de snacks ultraprocesados, omitiendo así, la ingesta de comida casera fuera del hogar, en el caso de tener un empleo formal.

Las elecciones alimenticias en el curso de las trayectorias laborales de los entrevistados fueron construidas en tenor de los siguientes factores: a) Tiempo empleado en alimentación; b) presupuesto para alimentos de consumo inmediato (ultraprocesados o caseros); c) comida preparada en casa. Para el caso de los hombres, el almuerzo fue preparado por mujeres, por lo general, elaborados por su pareja (a excepción del señor Hugo, quien vivió con su madre e hijas y, en su momento, podía contar con el servicio de planta de una trabajadora del hogar). La preparación de alimentos en el hogar estaba sujeta al ingreso familiar, número de habitantes económicamente activos, cercanía de mercados populares, tortillerías, molinos, supermercados, así como puestos ambulantes.

A continuación, se presentan las trayectorias donde se identificaron modificaciones al estilo de consumo alimentario de las personas mayores con DMT2, como preámbulo al diagnóstico. Se ha optado hacer una distinción entre género, teniendo como eje rector las características

de las elecciones alimenticias durante el trabajo. Cabe señalar que, para incluir las trayectorias laborales de las mujeres que dedicaron su tiempo al cuidado familiar y del hogar, se hará referencia a esta actividad como *labor en el hogar*, con el propósito de visibilizar que el trabajo no remunerado también moldea trayectorias y transiciones con efectos en la salud.

4.2 Elecciones alimentarias en hombres adultos mayores con DMT2.

Las elecciones de alimentación de los hombres entrevistados, varían de acuerdo al momento de la vida en que iniciaron a trabajar (timing). En los 5 casos, encontrar una fuente de empleo estable, antecede al matrimonio y consolidación del hogar. Sin embargo, el desarrollo de trayectorias laborales permitió intervenir en el proceso de desacumulación de desventajas alimenticias, con respecto a la infancia y trayectorias escolares, en caso de haberla desarrollado.

Desacumular desventajas en la etapa adulta es constante en todos los entrevistados, pero al hacer una distinción entre géneros, los hombres han reportado una necesidad de demostrar autonomía en el gasto de su persona, comenzando por la alimentación. Es decir, tras vivir una infancia que ellos reportaron como “*llena de carencias y hambre*”, al comenzar a obtener ingresos por su trabajo, dejan de prolongar ayunos por más de 6 horas, comenzando a ingerir productos, de acuerdo a lo que les fue privado en la infancia y trayectoria escolar.

Hugo

Hugo Valdemar desarrollo una trayectoria laboral a la edad de 14 años. El motivo de esta temprana transición, fue debido a la desmotivación y malos tratos de sus profesores en la secundaria. Truncar su trayectoria educativa, implicó iniciar su trayectoria laboral en el sector informal como comerciante. Sin embargo, no fue hasta la edad de 30 años, cuando encontró un trabajo formal, donde se desarrolló como operador de maquinaria en una empresa cartonera. Comenta que, mientras no conseguía un ingreso estable no podía generar mayor aporte dentro de su familia. Los gastos que generaba eran destinados, principalmente al hogar y pago de algunos servicios, así como el costo de pasajes de transporte público. En el marco de su matrimonio, describe que la jefatura del hogar era a cargo de su esposa, por lo que se deduce que el mayor aporte de ingresos era de ella.

La frecuencia y alimentación dependían, en gran parte, a los turnos que cubría dentro de la empresa cartonera. A lo largo de 30 años como operador, su alimentación era desbalanceada debido a que el mantenimiento de la maquina ensambladora, requiera atención durante toda la jornada laboral (más de 8 horas). Fue común alimentarse mientras trabajaba. Los productos adquiridos eran elaborados por esposas de trabajadores que se dedicaban a vender estos alimentos como postres, galletas, comida frita (gorditas de chicharrón, quesadillas de todo tipo). Por otro lado, el consumo de refrescos durante los turnos cubiertos, le ayudaba a conseguir la energía que no podía provenir de alimentos caseros (comprados o elaborados en casa).

A lo largo de 30 años, su trayectoria laboral estuvo inmersa en una estabilidad económica en cuanto a ingresos, sin embargo, el tiempo de alimentación en el trabajo que la empresa otorgaba era de 20 minutos. El tiempo para comer y la disponibilidad de alimentos, guiaron las elecciones alimentarias del señor Valdemar. Cabe resaltar que, el consumo de bebidas alcohólicas, cárnicos y embutidos, a partir de los 18 años, ya figuraba parte de su gasto semanal, pues asegura que era momento de cumplir con lo que no pudo comer en su infancia o años anteriores.

Cuando es truncada la trayectoria conyugal del entrevistado, decide regresar a casa de sus padres con la custodia de sus dos hijas. El retorno al hogar de origen, le permitió recuperarse de su alcoholismo y destinar todos sus ingresos al cuidado de sus hijas y su madre (actualmente es responsable de ella). A partir de este punto, y hasta el final de la trayectoria laboral, Hugo Valdemar vio agudizada sus decisiones con respecto a la alimentación, puesto que al convertirse en el jefe del hogar, los gastos familiares absorbían su sueldo, quedando lo justo para uso de transporte público. Este evento originó que, por más de 10 años, el Sr. Valdemar, tuviera una alimentación basada en galletas (elaboradas por las parejas de sus compañeros de trabajo), refrescos y, ocasionalmente, platillos elaborados por su madre. No obstante cuando sus hijas cumplieron la mayoría de edad, pudieron involucrarse en el ingreso del hogar.

Juventino

El Sr. Arriaga tuvo una trayectoria escolar continua hasta concluir su carrera como odontólogo. Durante su carrera, tuvo problemas con la frecuencia del consumo de alimentos, debido a que en su hogar habitaban hasta 15 personas. La distribución de alimentos al interior del hogar impedía, incluso, que llevara a cabo tres comidas con satisfacción, pues los productos alimenticios en el hogar eran repartidos por igual.

El comienzo de su trayectoria laboral, se caracterizó por obtener un ingreso a través de la manufactura de incrustaciones dentales en los laboratorios de la Facultad de Odontología. Estos ingresos fueron destinados a la compra de alimentos preparados en las cercanías de la facultad. Con frecuencia, el Sr. Arriaga, bebía refrescos y pastelillos, además de antojitos mexicanos, cigarros y alcohol. Su trabajo le permitió generar ahorros, con los cuales podría comprar su actual consultorio.

Dentro de su historia, Juventino Arriaga asegura que, después de consolidar su consultorio dental, fue posible regular sus horarios de comida, variar los alimentos consumidos y, de cierta manera frecuente, el consumo de cigarros y bebidas azucaradas. Cabe señalar que la estabilización del consultorio dental, en su trayectoria, significó la oportunidad para normalizar el tiempo dedicado a la alimentación (2 horas). Tiempo administrado para comer, caminar por los alrededores y regresar a su consultorio.

El consumo de alcohol en exceso, fue un problema para él. Éste es reconocido, por el mismo entrevistado, como la causante del desarrollo de DMT2, así como el gusto cotidiano por los refrescos. Dentro de su trayectoria laboral, y debido al éxito de su consultorio, era habitual adquirirlos bajo el argumento siguiente: “...*si ya la padecí de joven, ahora puedo darme el lujo de comer y tomar lo que quiera.*” Sin embargo, reconoce que desarrollar el consultorio implicó una serie de reinversiones ajustadas, de acuerdo al gasto familiar que demandaban la educación, comida y vestido de 3 hijos. Las decisiones alimenticias en la trayectoria del odontólogo Arriaga, eran hechas con el objetivo de no tener dificultades en sus actividades por motivos de poca o nula satisfacción de alimentos.

Lino

Por su parte, el Sr. Lino, comenzó su trayectoria laboral a los 10 años. El pastoreo y el comercio, iniciaron su vida ocupacional. Al vivir un evento migratorio que lo llevaría a la Ciudad de México, con el objetivo de buscar mejores oportunidades de vida, influyó de manera significativa en el tipo de productos que integró a su dieta. Durante su juventud e infancia, la manera de alimentarse dependía estrictamente del trabajo sobre la pequeña propiedad de su familia para autoconsumo. Por lo tanto, productos como tortillas, frijoles, carne fresca (una vez por mes), eran parte de una rutina cotidiana en donde el entrevistado consolidó un hábito de consumo insuficiente (dos veces al día). Debido a que los integrantes de su familia de origen eran 12, las porciones alimenticias eran limitadas a 1 o 2 tortillas por persona y una cucharada de sopa de frijoles.

A lo largo de su vida, mantuvo una frecuencia de alimentación: comer solo dos veces al día. Sin embargo, durante su trayectoria en la ciudad, pudo tener acceso e integrar a su dieta “comida preparada” (refiriéndose a los alimentos para consumo inmediato), cárnicos, productos derivados de harinas industrializadas, frutas y verduras. Tener mayores ingresos, gracias al autoempleo en una localidad urbana, permitió la variación de consumo de productos que, durante su infancia y adolescencia, no pudo adquirir. Reconoce que en contextos urbanos, “comía mejor” en comparación a otras etapas de vida. Lino no modificó la frecuencia de comidas por día y mantuvo la práctica de ayunos prolongados. Hablar de las modificaciones alimenticias, para este caso, es hablar de la transición existente en el desplazamiento campo- ciudad, en búsqueda de empleo y mejores condiciones de vida, que involucraron, inevitablemente, la integración de productos ultraprocesados en la dieta cotidiana.

Anacleto

El señor Anacleto desarrolló una trayectoria laboral durante su infancia. Su primer trabajo fue a los 7 años. Al abandono de su madre y muerte temprana de su padre, tuvo que vivir al cuidado de sus tías. Estos eventos, fomentaron el maltrato de ellas, marcando su niñez y causando su transición a la vida laboral y truncamiento de su trayectoria escolar.

El abandono, pobreza y maltrato, fueron desventajas en su vida que lo hicieron propenso a ser objetivo de violencia física, psicológica y sexual. Esta situación era callada y aguantada, hasta cierto punto, con el propósito de tener alimento y techo. En este caso, la violencia provocó el consumo de alcohol, durante la pubertad de Anacleto, como aliciente para soportar un entorno descrito como hostil. El trabajar desde pequeño, no representó un camino a la desacumulación de carencias alimenticias, pues el trabajo infantil era generador del desencadenamiento de otras desventajas.

El proceso de desacumulación comenzó cuando Anacleto, después de aprender el oficio de electricista, tras un evento migratorio con destino a la Ciudad de México y años como mozo en hogares de Azcapotzalco, decidió autoemplearse a la edad de 27 años como electricista. Gracias a esta actividad, pudo integrar alimentos de consumo inmediato, por lo general, comida callejera, bebidas azucaradas (refrescos y jugos industrializados), guisados que incluían productos cárnicos, etc. Los productos eran asequibles y comprados en mercados populares.

La alimentación que siguió durante su trayectoria laboral, era efectuada en los traslados hacia los puntos donde era solicitado su servicio como electricista. Por lo que sus opciones de alimentos, necesariamente, eran aquellos que podían comerse en cuestión de minutos y durante sus viajes en transporte público. Estas condiciones de consumo alimenticio en el trabajo informal, limitaban las opciones de alimentos. De acuerdo a la narración, la comida casera (elaborada por su esposa) solo podía figurar como opción, si ésta era suficiente y no comprometía las porciones del resto de la familia.

El proceso de desacumulación, en la vida de Anacleto, efectivamente comenzó a los 30 años donde pudo consolidar una lista de clientes frecuentes. En eventos de crisis económica, no tuvo mayor problema, pues su lista de clientes había variado y ampliado. Así, mantuvo un ingreso constante, dependiente de la demanda y ubicaciones al interior de la ciudad. Al ser autoempleado, Anacleto no fijaba horarios de comida, estaba expuesto a ayunos prolongados, práctica de snacking en los traslados (consumo de bocadillos que sustituyen una comida principal durante el día).

4.3 Elecciones alimentarias en mujeres adultas mayores con DMT2.

Las trayectorias desarrolladas en mujeres adultas mayores, están sujetas a roles de género apegadas a normas y valores comunitarios de su familia de origen, entorno social y división del trabajo en el hogar. Aquellas mujeres que no desarrollaron una trayectoria de trabajo formal, lo hicieron en términos de trayectorias de labores en el hogar. Esta diferenciación es vital para esta investigación, porque las mujeres que, a pesar de tener intermitencias en su historia laboral (ocupación remunerada), mantuvieron constantemente una intervención en el mantenimiento y cuidado de la vivienda donde habitaron.

Por ello, de importancia clave será señalar qué casos desarrollaron trayectorias de labores en el hogar; cuáles fueron empleadas y presentaron truncamientos; así como, cuáles tuvieron trayectorias continuas, hasta el momento de su jubilación. El objetivo tras incluir en un mismo apartado estas diferencias, es visibilizar cómo existen variaciones de consumo, con respecto de los hombres entrevistados y por qué las elecciones alimentarias de mujeres trabajadoras (en general) son sujetas a actividades del trabajo remunerado y trabajo en el hogar.

Celia

La trayectoria laboral de Celia tiene características intermitentes, en relación a un empleo formal, el cual obtuvo por contrato hasta la edad de 50 años. Desde pequeña estuvo involucrada en labores del hogar. Los valores de su familia y comunidad de origen, no consideraban importante que las niñas asistieran a la escuela, por lo que no desarrolló una trayectoria escolar y, a la edad de los 8 años, comenzó a involucrarse en tareas relacionadas con el cuidado de la pequeña propiedad que poseían sus padres en el estado de Oaxaca.

A la edad de 20 años, inició su trayectoria conyugal con un habitante de la misma comunidad originaria. Esto, detonó la experimentación de dos eventos en su vida: vivir un evento migratorio a la ciudad en busca de mejores condiciones de vida y el inicio de una trayectoria laboral de empleo informal. Los dos eventos orillaron a que Celia pudiera involucrarse para aportar en el gasto familiar, sin que su esposo pudiera percatarse, puesto que las normas de la comunidad a la que pertenecieron, impedían a las mujeres conseguir trabajo remunerado.

El inicio de su trayectoria de trabajo tuvo intermitencias sujetas a los siguientes eventos cotidianos a lo largo de su vida: cuidado de sus hijos, cuidado del hogar, así como, elaboración de alimentos (que en ocasiones, ella no consumía). El empleo informal le permitía involucrarse en el ingreso del hogar, éste consistía en elaborar terminados de costura para ropa.

Celia aseguró que el estrés al que estaba sujeta, le impedía alimentarse hasta la satisfacción. Los periodos de ayunos entre comidas, no eran prolongados, sin embargo, los eventos estresores, que desencadenaba el trabajo en casa (proporcionado por la fábrica de ropa), el trabajo del hogar y el cuidado de sus hijos, generaba sentimientos de ansiedad. El control de su alimentación era sujeto a los sentimientos de ansiedad, pues se describe como una mujer que “*comió mucho por angustia*”.

Al profundizar dentro de las condiciones de elección alimentaria, Celia comenta que el consumo continuo de galletas, frutas y refrescos al momento de confeccionar los terminados para ropa, era algo “inconsciente”, pues le ayudaba a concluir sus tareas. El estrés de factores como miedo a romper las reglas de la comunidad sobre la prohibición del trabajo de las mujeres, el cuidado del hogar y el empleo informal, le hacían consumir más alimentos de lo que requería en un día normal. La práctica *de snaking* en su vida, no sustituía ninguna comida principal, al contrario, era parte de su dieta.

Hilda

Hilda es una mujer que pudo desarrollar una trayectoria escolar no continua, porque presentó eventos migratorios del campo a la ciudad cuando era una adolescente. Las causas para experimentar un evento migratorio a los 14 años fueron cruciales en su historia: por un lado, la muerte de su madre (cuando Hilda tenía 6 años); por otro lado, el segundo matrimonio de su padre.

Al llegar a la Ciudad de México, además de recibir el apoyo de sus tías, Hilda pudo concluir una carrera técnica e introducirse en el sector público como funcionaria dentro de estancias infantiles y un centro comunitario.

A lo largo de 30 años de servicio, las elecciones alimentarias estaban sujetas a A) la cercanía de las oficinas de trabajo, con respecto del hogar; B) disponibilidad de tiempo entre turnos (trabajó dobles turnos durante 17 años) y; C) trayectos entre trabajo y escuela, mientras estudió una carrera técnica como asistente educativa. Sus elecciones tuvieron diferentes transformaciones a lo largo de su trayectoria laboral. El trabajo en la estancia infantil le permitía disponer de alimentación balaceada. Ésta era proporcionada por la misma institución. Los alimentos consumidos variaban de acuerdo a la dieta recomendada para los niños y era considerada una prestación por estar al cuidado de los niños de trabajadores del Estado.

Sin embargo, cuando decidió ascender dentro de la administración de la estancia infantil, Hilda continuó con su trayectoria escolar, con el propósito de adquirir un título técnico que le permitiera estar al frente de la operación de las oficinas. Durante su preparación como asistente de educadora, modificó importantemente su alimentación, pues, por las mañanas trabajaba; por las tardes asistía a clases. Los trayectos (trabajo/escuela) eran su momento de consumo de alimentos. Es decir, durante dos años, su alimentación varió de acuerdo a lo que podía consumir en el transporte público con frecuencia: refrescos, botanas caseras e industrializadas, tortas que contenían algún guisado preparado en la estancia infantil, comida callejera, entre otros.

Tras concluir su carrera técnica, al mismo tiempo que continuaba trabajando, Hilda regresó a sus actividades laborales cotidianas, sin dejar de consumir lo que acostumbró comer, camino a la escuela. Estas prácticas alimenticias, las mantuvo durante el resto de su trayectoria laboral, sustituyendo comidas principales a lo largo de su día, tras ocupar la dirección administrativa en un centro comunitario. El estrés de las actividades que realizó, le impedía establecer horarios fijos para alimentarse, pues el consumo de botanas, antojitos mexicanos, refrescos y más, ya eran parte de su cotidianidad.

Debido a que Hilda decidió enfocarse en su carrera laboral, elaboración de proyectos comunitarios y administración de recursos para la localidad a la que servía, no desarrolló una trayectoria conyugal. Esta decisión significó para ella, construir oportunidades para sus hermanos y sobrinos, a quienes actualmente apoya en términos de educación y salud. Cabe destacar que Hilda, pese al ritmo de vida que llevaba, previa a su jubilación, presentó

malestares relacionados con DMT2, mas no los atendió por la carga laboral que demandaba el centro comunitario.

Socorro

Por su parte, Socorro comenzó una trayectoria laboral a los 21 años como asistente educativa. Gracias a la formación técnica que recibió como taquimecanógrafa en un centro de capacitación de la Secretaria de Educación Pública (SEP), se vinculó con una estancia infantil que requería personal.

En su vida, esta oportunidad de empleo significó desacumular desventajas tanto de vivienda como alimenticias, pues la institución sirvió de pilar para tener un techo dónde habitar. Por un lado desarrollaba actividades administrativas, al mismo tiempo que labores de limpieza sin pago extra, más que tener el derecho de vivir, con sus hijos, el centro infantil.

Tras trancar su trayectoria conyugal, Socorro no tuvo una vivienda fija. Las redes de apoyo, le permitieron obtener los permisos necesarios para disponer de las instalaciones como vivienda, para ella y sus hijos, a costa de laborar las 24 horas. A lo largo de su trayectoria laboral, encontramos que las variaciones de prácticas alimenticias estaban sujetas a los siguientes elementos: a) carga de trabajo, b) forma de alimentación colectiva en horario de trabajo (snaking), c) cuidado de sus hijos y, d) disponibilidad de alimentos cercanos (por lo general, comida callejera). Los gastos destinados a comida eran mínimos, pues al tener el apoyo de la institución, ésta le brindaba los alimentos necesarios de acuerdo a una dieta sugerida para niños.

Las modificaciones alimenticias tuvieron un segundo momento, cuando sus hijos pudieron aportar ingresos al gasto familiar. Así, Socorro, comenzó a tener mayores opciones de alimentación por elección propia y no sólo dependientes del Centro Infantil. Gracias al porte económico de sus hijos, pudieron tener acceso a una vivienda, pocos años antes de su jubilación. La administración de ingresos era responsabilidad familiar, así como las labores de mantenimiento, lo que origino en Socorro el proceso de desacumulación de desventajas. El momento en el que comenzó este proceso es crucial para comprender que Socorro, pudo cuidar de sí misma al transitar a su vejez y jubilación, porque, incluso, las visitas al médico durante la adultez, eran para atender malestares de sus hijos, anteponiendo su salud.

Tomasa

La trayectoria laboral de Tomasa tiene distintos ejes a considerar. Durante su infancia fue trabajadora del hogar, era encargada de limpieza y elaboración de alimentos. Ella experimentó un evento migratorio durante su adolescencia, hacia la Ciudad en México, con el propósito de comenzar su trayectoria laboral. Fue apoyada por familiares mientras conseguía un empleo estable. A la edad de 17 años consiguió su primer trabajo en una cocina que proporcionaba alimentos a trabajadores de una empresa soldadora de autopartes. Sin embargo, su camino dentro de la cocina se vio truncado debido a dos factores: la muerte de su familiar quien proporcionaba una vivienda y el inicio de una trayectoria conyugal.

Definir una trayectoria laboral en términos de empleo formal, es confuso puesto que solo laboró dentro del fábrica aproximadamente dos años. El momento de truncamiento de esta trayectoria, provocó la continuación de su trayectoria en labores del hogar. Un elemento que obligó a retomar el camino de labores del hogar fue la violencia familiar que su pareja ejercía sobre ella. Su pareja le prohibió seguir trabajando en la empresa, a costa de iniciar un matrimonio. En la entrevista, Tomasa comenta que el matrimonio lo veía como una oportunidad para encontrar estabilidad económica, pero la violencia física, emocional y sexual, condicionó las dinámicas alimenticias mientras desenvolvía labores del hogar.

La trayectoria conyugal de Tomasa significó, en ella, resguardar a sus hijas e hijos (de la violencia física y sexual) de su padre, así como proveer de alimentos la casa. Debido a las carencias y amenazas, los ingresos estaban acotados al salario de su pareja y gastos que él consideraba importantes: servicios (agua, gas, luz), comida (escasa) y alcohol. Era necesario que la entrevistada se viera involucrada en la cobertura de gastos del hogar para solventar educación y alimento para sus hijos. Así, el trabajo doméstico, en casas vecinas, fue la principal fuente de ingreso para la entrevistada.

El empleo informal le permitió intensificar el consumo de alimentos diarios, pues éstos, en su mayoría, eran proporcionados por los dueños de las viviendas donde ella laboraba. Así, la distribución de alimentos, dependía de la división de porciones obtenidas independientemente a su paga. Durante, 15 años la violencia, trabajo precario, el miedo, el

estrés e impotencia dominaron las elecciones de consumo de Tomasa, pues comenta que comía una o dos veces por día con porciones insuficientes.

En su caso, el consumo de bocadillos no existió. Al tener hambre, la entrevistada calmaba su ansiedad con bebidas calientes como té, café o agua. Es decir, los ayunos prolongados fueron una desventaja acumulada más en su trayectoria conyugal y laboral. Esta situación pudo mejorar hasta que sus hijos consolidaron propias trayectorias laborales y conyugales, pues adquirieron una vivienda y alimentos necesarios para el cuidado de Tomasa. A los 63 años, la entrevistada pudo regularizar un consumo alimenticio óptimo para su edad y cuidados de DMT2.

Mariana

Las elecciones alimentarias de Mariana fueron construidas desde pequeña y de acuerdo a un estilo de vida rural. Su familia era propietaria de tierras que le permitían el consumo de alimentos frescos, tales como frutos, carne, maíz. Al tener una educación básica trunca, desarrolló aprendizajes que le servirían para llevar a cabo labores del hogar. A la muerte de su padre, tuvo que migrar a la Ciudad de México en búsqueda de empleo. El evento migratorio dio comienzo a una corta trayectoria laboral dentro de una franquicia de tiendas de auto servicio.

El entorno de trabajo se convirtió, de inmediato, en su principal medio de compra de alimentos. Las elecciones alimentarias estaban sujetas a la disponibilidad de productos de la tienda, así como los horarios de alimentación y carga laboral. Para analizar los cambios alimenticios en la vida de Mariana, es importante recalcar que la proximidad de los productos ultraprocesados, así como la oportunidad laboral que encontró en la ciudad, modelaron por completo las elecciones.

Aunque la duración de su trayectoria laboral es relativamente corta, debido al inicio de su matrimonio, Mariana continuó con su trayectoria de labores del hogar y cuidados maternos. Es decir, tras iniciar su matrimonio trasladó sus hábitos y elecciones alimentarias al trabajo del hogar, esto significó integrar a su dieta botanas, embutidos, helados, dulces, etc.

Mariana mantuvo el consumo de bocadillos como parte de su dieta cotidiana. Además, el inicio de los cuidados maternos, así como del hogar, generaba estrés e impedían la organización de actividades alimenticias. Por otro lado, la disputa continua entre la entrevistada y su esposo, en torno a la comida, determinó las dinámicas de alimentación en el hogar, pues a lo largo de su matrimonio, imperó el consumo de tres productos: carne de res, embutidos y papas. Esta situación dejó de lado la forma común de comer en el campo que la entrevistada aprendió.

Al estar al frente de la preparación de alimentos cotidianos, acató el gusto urbanizado de su pareja, pues Mariana se sentía presionada para complacer a su esposo. Por otro lado, el consumo frecuente de tabaco en casa donde desarrolló su matrimonio, era habitual desde que inició su relación, interrumpiendo el consumo entre sus embarazos.

A lo largo de su historia, la entrevistada comenta que ha sido una mujer de labores de cuidados, pues tuvo bajo su responsabilidad a su madre; el cuidado de su hermano, quien desarrolló insuficiencia renal; el cuidado de su esposo, quien tiene glaucoma. Actualmente en su vejez, sigue a cargo de la preparación de alimentos del hogar, de los cuidados del esposo y administración del ingreso que obtiene por parte del Programa de Pensión Universal, además de la pensión de su pareja. Continúa desarrollando una trayectoria de cuidados y su alimentación depende de las recomendaciones del médico.

Hasta este momento, se han presentado las características que componen las trayectorias laborales de las y los participantes, con relación a las elecciones alimentarias en su curso de vida. Éste es preámbulo a comprender el proceso salud/enfermedad. De tal manera, comprenderemos mejor el proceso adaptativo en la dieta de las personas adultas mayores con DMT2 después del diagnóstico, así como las dificultades para abandonar o modificar las prácticas electivas sobre los alimentos.

4.4 Alimentación en el proceso salud/enfermedad.

Las elecciones alimentarias a lo largo de la vida, son moldeadas gracias a eventos y trayectorias rectoras que hacen posible una frecuencia de consumo de alimentos. A lo largo de la información recabada, las trayectorias vitales reconstruidas e identificación de eventos que originan un cambio en las elecciones, encontramos que las condiciones de trabajo que permite la ciudad, su dinámica, así como las desigualdades que dentro de ella se reproducen, configuraron las opciones de alimentación de las personas mayores que hoy reportan casos de DMT2.

Las elecciones alimenticias de los participantes, fueron determinadas por una serie de elementos del entorno laboral, que posibilitaban el consumo de productos en un mercado popular, comercio ambulante, tiendas o misceláneas, entre otras. Por otro lado, el tiempo destinado a la alimentación no permitía que dedicaran más tiempo e ingresos al momento de comprar e ingerir alimentos.

Las mujeres que no desarrollaron trayectorias laborales continuas, es decir, con intermitencias o truncamientos, sí desarrollaron trayectorias de labores en el hogar, desempeñando trabajos relacionados con la limpieza de vivienda, cuidados, además de tener trabajos eventuales remunerados. El desarrollo de cuidados dentro en el hogar, también generó diferencias respecto a las mujeres entrevistadas. Una de estas diferencias resuena en los años dedicados a actividades de cuidados directos o indirectos de los integrantes de la familia, pues como sugiere Pacheco (2020), los cuidados no son sólo en el hogar, si no en otros hogares, lo cual implica gastos no previstos para las mujeres cuidadoras y modificación de rutinas cotidianas. Invisibilizar esta actividad debido a la nula remuneración, así como a la asimilación de efectos de dominación por prácticas heteronormativas según el género (Pacheco, 2020; Rojas, 2019), evidencian la importancia inmediata de construir información que muestre la continuidad de trayectorias de cuidado, pues éstas tienen efectos determinantes en el estado de salud, particularmente, de las mujeres. Sin embargo, hago un señalamiento en el que retomo a Rojas (2019), pues dentro de sus aportes menciona a la *feminización* de profesiones enfocadas directamente al cuidado, como son la docencia o puestos en instituciones dedicadas a la intervención de necesidades familiares. Estas profesiones feminizadas, además de demostrar desigualdades de género, podrían ser parte de

una explicación mucho más fina en los efectos diferenciados sobre el estado de salud de las mujeres a lo largo del curso de vida.

Por otro lado, los ingresos destinados a la alimentación son un fuerte determinante en la elección cotidiana de productos comestibles, pues determinó las porciones de comida diaria al interior del hogar. Así, durante la infancia y escolaridad de las personas mayores, las porciones de alimento dependían directamente del ingreso o producción familiar de las pequeñas propiedades. En todos los casos, el hambre, la poca o nula satisfacción en etapas tempranas de vida, fueron presentes.

Los procesos de desacumulación de desventajas alimenticias, durante la vida posterior de los entrevistados, fueron determinados por el ingreso al mercado laboral (formal o informal), en la etapa adulta. Sin embargo, para algunos casos, el trabajo no figuraba como un reductor de desventajas, pues el trabajo aseguraba su alimentación desbalanceada, es decir, el trabajo era una actividad reproductora de desventajas alimenticias. Para el caso de las mujeres entrevistadas que no desarrollaron continuidad en una trayectoria laboral, pero sí de labores y cuidados del hogar, las desventajas en la vida adulta continuaron acumulándose, hasta el tránsito a la vejez o jubilación.

Factores como el estrés, carga de trabajo, horarios de alimentación, violencia y pobreza, jugaron un papel determinante en las elecciones alimenticias de las personas mayores. En términos de ingresos y oportunidades, sí lograron desacumular desventajas, en razón de mejores condiciones de vida en la ciudad durante su trayectoria laboral, teniendo como punto de comparación, las carencias de la infancia. Esta percepción es sujeta al acceso de servicios básicos, adquisición de viviendas propias, desarrollo de autoempleo, conformación de una familia con hijos (en caso de tenerlos); como también, consumo de carnes rojas y embutidos, golosinas, productos derivados de harinas industrializadas y productos ultraprocesados (refrescos, comida rápida, etc.).

Las y los entrevistados fueron diagnosticados con DMT2 en su etapa adulta o al transitar a la vejez. Esto significó una 2da modificación en las elecciones alimentarias en su vida. De esta manera, el diagnóstico, tratamiento y régimen alimenticio, son cruciales en la reducción de desventajas acumuladas en la salud, pues el control y organización de alimentos, logran

mitigar malestares relacionados con la enfermedad. Como parte del proceso adaptativo a un régimen alimenticio balanceado, las personas mayores tuvieron resistencias a cumplir con las indicaciones del médico nutriólogo, manteniendo constancia únicamente en el tratamiento farmacológico para la regulación de glucosa.

A continuación, presento las principales modificaciones alimenticias, por caso, tras recibir el diagnóstico para DMT2.

Alimentación en el proceso salud/enfermedad.

Hugo

Al recibir el diagnóstico, el miedo era presente en cada uno de los entrevistados, la mayoría asoció el término “enfermedad” con el de muerte, desencadenando sentimientos de tristeza o desesperanza. Para Hugo, modificar su alimentación fue sinónimo de descontrol, porque significó alterar las porciones de alimento, así como el tipo de productos consumidos que “*eransu vida*”.

El reflexionar sobre la enfermedad, le hizo cuestionar sus decisiones de vida. Abandonar el alcohol y las comidas de alto contenido calórico a las que estaba acostumbrado, por el ritmo de trabajo “a pie de maquina”, fue un problema. Actualmente, el entrevistado sólo tiene control de las porciones diarias, porque asegura que también influye la organización de rutinas de alimentación que estén fuera de horarios de trabajo, rutinas que pudo organizar al momento de jubilarse. Así, el control de alimentación en su vida cotidiana, depende del apoyo de sus hijas, pensión y seguimiento médico. Las elecciones alimenticias que él tiene, aún no se sujetan a las recomendaciones del médico, sin embargo, al negarse a dejar lo que cotidianamente consumió durante su vida, solamente controla las porciones de alimento. Aunque ha notado la disminución de malestares, como mareos y dolor de pies, también presenta problemas con otras enfermedades desarrolladas a partir del diagnóstico para DMT2 (hipertensión y dificultades motrices).

Juventino

Por su parte, el Sr. Arriaga, comenta que al inicio de su trayectoria con la enfermedad, siguió las indicaciones médicas, redujo su consumo de alcohol y cigarrillo, optó por comida saludable (abundante en vegetales), redujo el consumo de refrescos y azúcar en general. No obstante, el tener episodios con indicadores bajos de glucosa, lo orilló a no abandonar del todo sus hábitos, pues está en riesgo de desarrollar hipoglucemia. La solución que ha encontrado es la reducción de porciones ingeridas.

El apoyo de su familia es crucial para llevar a cabo una alimentación balanceada. Actualmente su principal motivación para controlar su salud es el no generar cuidados hacia

él. Aunque sigue las indicaciones médicas y ha encontrado estabilización en sus niveles de glucosa, desarrolló problemas como glaucoma, asma e hipertensión. Cada una de estas enfermedades es atendida con tratamiento farmacológico en el proceso salud/enfermedad. Actualmente trabaja en su consultorio, ha establecido horarios y rutinas de alimentación, que ralentizan sintomatología de etapas más graves de DMT2.

Lino

En la vida Lino se construyeron prácticas alimenticias que deterioraron su salud, pues los periodos prolongados de ayuno y porciones escasas, marcaron la frecuencia del consumo de alimentos a lo largo de su trayectoria laboral. El autoempleo y desarrollo de negocios familiares, lo mantuvo expuesto a alimentarse de la propia producción alimenticia en la ciudad, no obstante, tras ser diagnosticado con DMT2, Lino presentó un proceso de adaptación arduo.

De acuerdo a las indicaciones del médico nutriólogo, la alimentación de pacientes con diabetes debe establecer horarios fijos, con el consumo de 3 alimentos principales y 2 colaciones. Lino acostumbró a comer dos veces por día, desde su infancia, pues el trabajo en esta etapa, era primordial para mantener el hogar. Sin embargo, una vez diagnosticado con DMT2, tuvo que incluir más alimentos en su dieta. El privilegiar el trabajo sobre la salud personal es una constante en los hombres y mujeres entrevistadas, en él no fue la excepción.

Él no se asume como jubilado, pese a que ya no es encargado de su negocio familiar de antojitos mexicanos. Continúa con su trayectoria laboral sobre pedido en la venta de tamales. El involucrar a su hija en la administración de local de comida, le ha permitido ajustar horarios y variación de alimentos sugeridos por los médicos que dan seguimiento a la evolución de la enfermedad.

Anacleto

Para Anacleto, la modificación de su alimentación significó un gran golpe a su manera de vivir, pues gracias a su trayectoria laboral, pudo reducir las desventajas alimenticias de etapas anteriores. El consumo de tortillas era su principal afinidad, dado que en su infancia, este producto era condicionado según cumpliera las labores de hogar que le fueran asignadas.

Cuando es diagnosticado con DMT2, fue necesario que retirara el alimento que mayor importancia tenía para él (cabe recordar que la tortilla es un alimento básico en la dieta mexicana, además de ser la principal fuente de ingesta de fibra vegetal).

Las recomendaciones sobre la dieta de Anacleto, generó problemas al interior del hogar. Su esposa, encargada de la preparación de alimentos a lo largo de la trayectoria conyugal, desarrolló una dieta urbana familiar, que modificó tras el diagnóstico, por lo que el consumo de platillos típicos mexicanos, desaparecieron de la cotidianidad. El apoyo de su esposa es crucial en la vida de Anacleto, sin embargo, él se permite ser “flexible” en su alimentación, pese a transgredir algunas restricciones, además de integrar medicamentos y dedicar al menos 30 minutos de caminata a su vida cotidiana. Actualmente, el Sr. Anacleto tiene problemas coronarios derivados de una alimentación poco saludable.

Celia

La adaptación alimenticia que Celia realizó fue complicada, pues no modificó, en un instante, el tipo de comida consumida. Este proceso fue gradual, motivada por evitar “llamadas de atención” por el personal de salud de la clínica en donde asiste. Celia encontró en su vejez, un proceso de desacumulación a partir del diagnóstico, pues reconoce que el cuidado de sí misma, lo pospuso durante años. Gracias a la detección de la enfermedad, encontró espacios para realizar actividad física, organizar su alimentación y dar continuidad a sus consultas. Actualmente, tiene controlados sus niveles de glucosa en sangre y no ha presentado evolución sintomática. Sin embargo, sí ha desarrollado problemas de hipertensión y síntomas de hipoglucemia.

Hilda

La detección de la enfermedad desarrolló un episodio de depresión en la vida de Hilda, pues este evento se manifestó al mismo tiempo de comenzar el proceso de jubilación. El tiempo libre y el diagnóstico médico pesaron sobre los pensamientos de la entrevistada, quien reflexionó sobre su participación, en términos de cuidados, cuando sus tías desarrollaron DMT2. El punto de comparación le motivó a intervenir en sus elecciones alimenticias para no presentar complicaciones severas, como la amputación de extremidades o insuficiencia renal.

Cambiar las elecciones alimenticias, significó “desaparecer” la forma en que creció y acostumbró a comer. De forma gradual, el consumo de refrescos, pastas, pan, tortillas, entre otros, disminuyó, hasta consumir porciones abundantes en vegetales y algunas frutas. El asesoramiento de médicos nutriólogos influyó mucho en este proceso de adaptación con la enfermedad. De los 10 entrevistados, Hilda es la única persona mayor, que no ha presentado síntomas de hipertensión. No ha modificado las dosis de medicamento a lo largo de 6 años de seguimiento y es quien ha atendido puntualmente las recomendaciones alimenticias, médicas y activación física.

Socorro

Tras una vida laboral como cuidadora de sus padres, esposo e hijos, Socorro, reflexiona que solo es posible cuidarse a sí misma, si se tiene la disposición de hacerlo. Al estar a cargo del cuidado de terceras personas, olvidó cuidar su salud y alimentación. El diagnóstico lo tuvo en un momento de su vida donde seguía efectuando labores de cuidados. El momento de cambiar la rutina de alimentación y elecciones, surgió cuando su tratamiento con insulina inició. Después de 13 años con el diagnóstico, decidió no prestar atención a quienes dependían de sus cuidados en el hogar. Actualmente, es flexible con su alimentación, asegura que el control de porciones le ha dado resultado, así como el establecimiento horarios fijos para tres comidas principales y dos colaciones. Aunque durante 13 años tuvo control de sus niveles de glucosa con medicamentos (metformina), no podía mantener la frecuencia de cuidados alimenticios, por lo que el agravamiento de síntomas y niveles altos de glucosa, según describe, disminuyeron iniciando su tratamiento con insulina

Tomasa

El miedo a perder extremidades fue un agente motivador para tener control sobre los hábitos alimenticios. Durante el primer año con la enfermedad diagnosticada, Tomasa dejó de consumir, principalmente, productos ultra procesados y exceso de pan. Al cambiar sus elecciones alimenticias, fue inevitable observar pérdida de peso, así como estabilización de niveles de glucosa en sangre. El apoyo familiar, por parte de sus hijos, es crucial, pues gracias a ellos, puede solventar gastos médicos, alimenticios y recreativos. Actualmente, mantiene

la dieta recomendada, no ha presentado complicaciones sintomáticas o malestares graves relacionados a DMT2, sin embargo, ha desarrollado hipoglucemia.

Mariana

Mariana tiene dificultades importantes para efectuar los cuidados alimenticios que ella requiere, pues al ser la cuidadora primaria de su esposo, considera no tener tiempo para el cuidado de sí misma. La continuidad de su trayectoria de labores de cuidado, genera sentimientos de frustración profunda porque el choque de costumbres alimenticias, después de 20 años de matrimonio, no han sido resueltas. En su historia, logra identificar los factores que han deteriorado su salud, entre otras, “las costumbres de la ciudad” como llama a la forma de alimentación en la CDMX y las decisiones de su pareja. En otras palabras, no ha podido dar seguimiento a las indicaciones del médico nutriólogo. Esta situación ha impactado en el desarrollo de hipertensión. En la actualidad, sigue intermitentemente las recomendaciones alimenticias que en la clínica le prescriben. El no cumplir con horarios establecidos de comida, acentúa malestares como cansancio, mareos y, picos elevados de glucosa en sangre. Hoy en día Tomasa padece hipertensión, pérdida dental y su tratamiento ha sido modificado con la añadidura de medicamentos. Está siendo valorada para comenzar un tratamiento con insulina.

A manera de conclusión.

Las historias aquí presentadas reafirman los postulados del curso de vida y las investigaciones relacionadas con las elecciones alimentarias configuradas a partir de determinantes sociales de la salud, así como la acumulación de desigualdades a lo largo de la consolidación de trayectorias vitales. Por mencionar algunos factores de cambios alimenticios, encontramos que los ingresos económicos en la trayectoria laboral juegan un papel decisivo, así como las condiciones de empleo, informalidad y gastos familiares.

Las narraciones tienen dos momentos de cambios profundamente marcados: el primero es cuando los hombres comienzan a laborar durante su juventud y, al tener ingresos, acceden a otro tipo de alimentos, además de aportar al hogar de origen; por otro lado el diagnóstico de

DMT2, es el segundo detonante de modificaciones alimenticias. Esta situación es diferenciada dependiendo de contextos urbanos o rurales. Por un lado, los adultos mayores, sí utilizaban su sueldo o ganancias para alimentarse durante una jornada laboral, por lo que a la hora de elegir sus productos, comparaban su alimentación de ese momento con respecto a la niñez. Sin embargo, en contextos urbanos donde se desarrollan desigualdades laborales, las elecciones que parecían desacumular las desventajas alimenticias, acentuaban una mala alimentación, basada en comida callejera y productos ultraprocesados. Así, las condiciones de estrés laboral, inactividad física en la adultez y consumo de alcohol y cigarrillos, desencadenaron un nulo seguimiento de salud personal (por falta de tiempo debido a la carga laboral, carencia de seguro social para trabajadores informales o nula capacidad de ahorro). Así, el desarrollo de la enfermedad fue indetectable hasta presentar síntomas notorios o severos.

Por su parte, las mujeres entrevistadas, presentaron una mixtura de trayectorias laborales y de cuidado en el hogar, que acentuaron las desventajas acumuladas durante su infancia, pues el abandono familiar, la orfandad, la violencia de género, entre otras, moldearon frecuencias de alimentación no aptas para cubrir actividades cotidianas. En la vida de las mujeres adultas mayores, la etapa adulta no implicó un camino a la desacumulación de desventajas con respecto a su juventud o niñez (salvo en casos que pudieron continuar una trayectoria escolar). Fue hasta su vejez, donde éstas pueden reducir riesgos de complicaciones en su salud, tener rigor en los horarios de alimentación y espacio para la práctica de algún deporte o actividad recreativa.

El cuidado y participación de hijos en la cobertura de servicios de salud, además de alimenticios y recreativos, es un común denominador en los participantes, pues las redes de apoyo familiar e institucionales, son campo de cultivo para entablar nuevas redes de apoyo para ellos y ellas, denominadas como informales. En éstas, la solidaridad implica un actuar colectivo en pro de la salud, teniendo como objetivo el cuidado individual. Esta solidaridad surge en el contexto del grupo de personas adultas mayores, en su mayoría, llamado “la hormiga feliz”, donde desarrollan actividades recreativas como parte del control integral de DMT2.

Uno de los factores comunes que determinaron las elecciones alimenticias, son los eventos migratorios del campo a la ciudad. Varios estudios sugieren que el cambio de alimentación en las transiciones provenientes de dinámicas del flujo migratorio, conducen, en la vida posterior, a una adaptación la comida urbana. En este sentido, el mudarse a la ciudad (solo en los casos que reportaron un evento migratorio), con el propósito de buscar oportunidades laborales, modificaron los productos y frecuencias de consumo de alimentos adquiridos en mercados populares, misceláneas, tianguis y/o supermercados (aunque con menor frecuencia).

De esta manera, las dinámicas del empleo en la ciudad demarcaron prácticas cotidianas de snacking (consumo de bocadillos ultraprocesados o comida rápida) previos a una comida principal en el transcurso de una trayectoria laboral. En el mismo sentido, el contexto de alimentación por bocadillos durante el traslado al lugar de trabajo, como en el despeño de labores de cuidado en el caso de las mujeres, sustituía una comida principal.

El diagnóstico para DMT2, es un evento crucial para los y las entrevistadas, ya que, a partir de éste, modifican hábitos alimenticios desarrollados durante su etapa adulta y a lo largo de trayectorias laborales. Las modificaciones alimenticias pos diagnóstico, están constreñidas a los factores de acceso al servicio médico obtenido por su trabajo o proporcionado por sus hijos e hijas. La desacumulación de desventajas alimentarias, a partir de este momento, son observables debido a la reducción de malestares relacionados con la enfermedad, pese a que puedan desarrollar sintomatología o enfermedades relacionadas con DMT2.

La vejez, así como la jubilación o truncamiento de trayectorias laborales, son vitales para el cuidado personal de la salud de las y los participantes. Por ello, el apoyo familiar, institucional, así como las redes de apoyo construidas a partir del seguimiento médico, funcionan como pilares motivacionales en la intervención de reducción de desventajas, sin olvidar las condiciones de vida de los participantes residentes de la CDMX.

CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo por objetivo general describir y comprender cuáles son las fuerzas sociales que determinaron las trayectorias alimenticias de las personas mayores con DMT2, así como cuestionar el concepto de *hábitos alimenticios*. Al adoptar la perspectiva de curso de vida, encontramos matices que variaron según las experiencias individuales, sin perder de vista los determinantes sociales que intervinieron en las elecciones alimenticias, como marcos contextuales, a lo largo de diferentes momentos de vida.

Encontrar variaciones en los casos expuestos, es reafirmar que los cursos de vida de los participantes son únicos pese a compartir rasgos culturales, sociales y políticos. Así, los recursos personales y aquellos disponibles en el entorno social pudieron adquirir la capacidad de reducir desventajas o aminorar los impactos socialmente significativos, tras recibir el diagnóstico para diabetes en los entrevistados. Por otro lado, el mecanismo adaptativo para vivir con la enfermedad, también representaría un terreno que libra ciertas dificultades relacionadas a labores de cuidado o continuación de trayectorias laborales activas.

Tras delinear ciertas pautas que pudieran orientar siguientes investigaciones sobre hábitos alimenticios, el análisis de eventos y de trayectorias, en este estudio, sugiere lo siguiente:

- El ser beneficiario de programas alimenticios determinó el consumo de alimentos derivados de harinas procesadas y leche envasada en la ciudad. Para el caso de las personas que residieron en el campo, estos programas eran de difícil acceso, pues los ingresos bajos en la familia y el truncamiento de trayectorias escolares impedían obtener el beneficio.
- El inicio de trayectorias laborales en temprana edad, no asegura la desacumulación de desventajas alimentarias, pues el trabajo infantil reproduce desventajas alimenticias, porque el trabajo informal desplegó eventos que vulneraron la salud de quienes reportaron haber trabajado en la niñez.
- En el caso de las mujeres, las 5 participantes comenzaron una trayectoria de cuidados en diferentes momentos de su vida. Al iniciarlas, al mismo tiempo que las trayectorias conyugales y laborales, vieron modificadas la frecuencia de consumo alimenticio, porciones y elecciones de productos.

- Los productos elegidos a lo largo de las trayectorias de elecciones alimenticias, dependían de la practicidad de consumo y precio.
- La frecuencia de consumo de productos ultraprocesados, así como de comida callejera, era condicionado por las dinámicas de trabajo, referente a horarios asignados por las empresas, fábricas o dependencias de gobierno, así como el tiempo de traslado entre el hogar y el lugar de trabajo.
- Las elecciones alimentarias individuales buscaban revertir carencias de la niñez, sin embargo, en la CDMX, el trabajo informal, violencia de género, carga laboral, entre otras, fueron factores que acentuaron desventajas alimenticias, porque favorecían el exceso de consumo ultraprocesados.
- Los eventos que modifican las trayectorias de elecciones alimenticias son: experimentar migración del campo a la ciudad; iniciar una trayectoria laboral remunerada; en el caso de las mujeres participantes, trabajo en el hogar; recibir el diagnóstico positivo para DMT2
- Las transiciones en la modificación de trayectorias alimenticias, determinaron un cúmulo de desigualdades previo al diagnóstico para DMT2. Por ello al transitar a vivir con los cuidados alimenticios que la enfermedad requiere, surge un proceso adaptativo en la regulación de consumo, además de implementar horarios fijos para alimentos.
- El cuidado alimenticio de las personas mayores con DMT2 depende del apoyo familiar y seguimiento integral de instituciones de salud pública.

Tras la exposición de los principales hallazgos de esta tesis, me gustaría recalcar que, el uso de información transversal, proveniente de la encuesta utilizada en el primer capítulo, fue útil para comprender e identificar a la población adulta mayor con DMT2. La decisión de convertir los grupos de edad en cohortes de nacimiento, ayudó a posicionarlos en el tiempo histórico. Así, ubicar y conocer el contexto histórico en el que desarrollaron el cúmulo de desigualdades alimentarias en la ciudad, tomando como referencia 3 eventos nacionales: 1) la suspensión de operaciones del Sistema Alimentario Mexicano, 2) desarrollo de proyectos alimentarios para población vulnerada y 3) la implementación de políticas neoliberales que permitieron la libre competencia entre productos alimenticios ultraprocesados nacionales vs internacionales.

De esta manera, se optó por elegir el enfoque de curso de vida para elaborar un análisis sobre trayectorias alimenticias e intentar explicar por qué las personas adultas mayores con DMT2 cambian sus hábitos alimenticios en el proceso de salud enfermedad. Tras comprender que los eventos políticos identificados tuvieron influencia en la modificación de alimentación, se observó que los efectos diferenciados por las desigualdades dinámicas en el consumo de alimentos, por lo que integré un instrumento cualitativo que registrara los eventos que modificaran el curso de las elecciones alimenticias.

Así, al exponer las narraciones y trayectorias configuradas, el estudio sugirió los puntos anteriormente mencionados en este apartado. De esta manera los objetivos planteados fueron cumplidos gracias a la integración conceptual de *trayectorias alimenticias* con perspectiva de curso de vida. Esta consideración fue angular, debido a que reconocimos fuerzas sociales, eventos históricos y adherencia de desigualdades sociales moldeadoras de agencias alimenticias.

El término “*trayectorias alimenticias*”, permite comprender que los efectos en la salud de la población adulta mayor con DMT2, sí tienen causa en los “hábitos alimenticios”, no obstante, dichas elecciones son moldeadas gracias a las fuerzas sociales y del entorno. De tal manera que, al ser partícipes de un contexto nacional por dependencia alimentaria y crisis económica, los individuos también presentan modificaciones en sus agencias, pues resisten desigualdades dinámicas en torno a los alimentos. Basta contrastar los casos, la frecuencia y aparición de eventos delineadores de consumos en los entrevistados, así como los efectos y procesos adaptativos que enfrentan gracias al diagnóstico y seguimiento médico.

Cabe comentar que, al ser entrevistadas personas mayores que recibían el apoyo de instituciones públicas de salud, se dejó fuera a aquellos y aquellas que no poseen cobertura por algún seguro social. Esto implica un sesgo importante en la selección teórica e intencionada de este trabajo, sin embargo, de importancia es recordar que la observación de desigualdades dinámicas entorno a la alimentación, implica la observación, comportamiento y explicación del impacto de fuerzas sociales en el cambio o modificación de “hábitos” / trayectorias de elecciones alimentarias. En suma, el reconocimiento y explicación de las variaciones en el proceso adaptativo, en relación al cuidado de la salud, obliga a hacer comparaciones con otro tipo de población control, por ejemplo: observar y comparar

procesos de salud/enfermedad a quienes no han evolucionado en sintomatología relacionada con DMT2 y siguen una dieta rigurosa; contemplar la relación entre apoyos y cuidados alimenticios por parte de la familia de personas mayores de 60 años; observar y comparar trayectorias alimenticias de población indígena adulta mayor, así como sus trayectorias en el proceso salud/enfermedad.

Asimismo, se ha aceptado la hipótesis de trabajo en donde se estableció que la acumulación de desigualdades a lo largo de la vida, propició un efecto nocivo en la salud y estilo de alimentación de la población adulta mayor con DMT2, de tal manera que al recibir el diagnóstico, las y los participantes decidieron modificar porciones y, en un solo caso, registrar una completa transición a un cambio de alimentación más estricto. Sin embargo, en el proceso de diseño no se contemplaron factores determinantes (desventajas sociales) que inciden en la configuración de elecciones alimentarias, como fueron la violencia sexual y de género, mixtura entre trabajo informal y labores del hogar, y consecuencias no previstas del consumo de productos ultraprocesados.

Las dificultades que observadas en el proceso de selección de la muestra participante fue, entre otras, el afinamiento del instrumento de aproximación, pues construir preguntas que permitirán visibilizar trayectorias alimenticias, fue tarea ardua, ya que no se buscaba reproducir preguntas que asimilaran a instrumentos como ENIGH o ENSANUT. La razón de esta decisión es que la tesis planteaba un estudio retrospectivo, con el fin observar las dinámicas y condiciones acumuladas de formas de alimentación a lo largo del curso de vida y su impacto en la salud.

Por otro lado, el trabajo de campo presentó complicaciones al momento de llevar a cabo las entrevistas. En una primera etapa, se pensó recurrir a las instalaciones de 2 clínicas del IMSS, sin embargo, tras presentar los documentos solicitados, así como el instrumento de aproximación (guion de entrevista), el personal administrativo impidió el avance de la investigación. Esto no implicó limitaciones en la selección. Todo lo contrario, el espacio público y 2 clínicas pertenecientes al ISSSTE, fueron lugares óptimos para llevar a cabo sesiones de entrevista en profundidad.

Al momento de las entrevistas, la principal dificultad fue mantener activa la conversación con los adultos mayores, puesto que los horarios estaban sujetos a las actividades que desarrollarían después de nuestro encuentro. Como consecuencia, la mayoría de las entrevistas (8) se llevaron en dos sesiones. Entre una sesión y otra, existía hasta una semana de diferencia para realizar el segundo encuentro, lo que dificultaba el seguimiento de una entrevista, pues era necesario, recordar la sesión anterior, así como volver a mostrar documentos (cartas, proyecto, credencial), en todos los casos, para recuperar confianza y el hilo conductor. Pese a estos imprevistos y obstáculos, la colecta de información cualitativa no presentó mayor problema.

Finalmente, para futuras investigaciones recomendaría la integración y construcción de marcos analíticos que posibiliten la formulación de instrumentos de captación de información retrospectiva para la reconstrucción de trayectorias de elecciones alimentarias. Así, poder observar riesgos proporcionales, en relación a la actividad u ocupación, nivel socioeconómico, escolaridad, etc. Puesto que es tarea de las ciencias sociales cuestionar el orden y repartición de los recursos disponibles en una nación, insto a futuros estudiantes a involucrarse en el manejo de esta perspectiva teórico-metodológica, con el propósito de impulsar estudios interdisciplinarios y complejizarían la comprensión de la realidad social.

BIBLIOGRAFÍA.

- Agudelo-Botero, M., & Dávila-Cervantes, C. A. (2015). Carga de la mortalidad por diabetes mellitus en América Latina 2000-2011: los casos de Argentina, Chile, Colombia y México. *Gaceta Sanitaria*, 29(3), 172-177.
- Alemán, J. A., Bruno, F., Sánchez, R. I. G., Trujillo, M. D. L. Á. P., & Saucedo, M. D. L. L. (Eds.). (2012). *La problemática de los grupos vulnerables: Visiones de la realidad*. Universidad Autónoma de Coahuila.
- Alvarado, B. E., Zunzunegui, M. V., Béland, F., & Bamvita, J. M. (2008). Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(12), 1399-1406.
- Appendini, K., Barrios, R. G., & De la Tejera, B. (2003). Seguridad alimentaria y 'calidad' de los alimentos: ¿una estrategia campesina?. *European Review of Latin American and Caribbean Studies Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe*, (75), 65-83.
- Barquera, S., Rivera-Dommarco, J., & Gasca-García, A. (2001). Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud pública de México*, 43, 464-477.
- Ben-Shlomo, Y., Cooper, R., & Kuh, D. (2016). The last two decades of life course epidemiology, and its relevance for research on ageing. *International Journal of Epidemiology*, 45(4), 973-988.
- Best, L. E., Hayward, M. D., & Hidajat, M. M. (2005). Life course pathways to adult-onset diabetes. *Social biology*, 52(3-4), 94-111.
- Blanco, M. M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31.
- Botero de Mejía, B. E., & Pico Merchán, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Revista hacia la Promoción de la Salud*,
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: coming of age. *Annual review of public health*, 32, 381-398.
- Castaño, L. S. Á. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79.

- Castro, V., Gómez, H., Negrete, J., & Tapia, R. (1996). Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. *Salud pública de México*, 38(6).
- Choi, Jacobs, (et al.) 2019. Life Course Change Towards a Plant-Centered Diet and Incidence of Type 2 Diabetes: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study (OR33-03-19)
- Costantini, J. R. J. (2012). *Análisis comparativo del capital de salud, fragilidad y envejecimiento de dos poblaciones de adultos mayores: Aproximación al análisis de sus condiciones de curso de vida en extrema pobreza, comparado con población educada y económicamente sustentada* (Doctoral dissertation, Universidad de Salamanca).
- Cruz-Bello, P., Vizcarra-Bordi, I., Kaufer-Horwitz, M., Benítez-Arciniega, A. D., Misra, R., & Valdés-Ramos, R. (2014). Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. *Papeles de población*, 20(80), 119-144.
- Dannefer, D. (2009). Stability, Homogeneity, Agency: Cumulative Dis-/Advantage and Problems of Theory. *Swiss Journal of Sociology*, 35(2).
- De la Paz Castillo, K. L., Proenza Fernández, L., Gallardo Sánchez, Y., Fernández Pérez, S., & Mompié Lastre, A. (2012). Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. *Medisan*, 16(4), 489-497.
- Delaney, M., & McCarthy, M. (2011). Food choice and health across the life course: A qualitative study examining food choice in older Irish adults. *Journal of food products marketing*, 17(2-3), 114-140.
- Devine, C. M. (2005). A life course perspective: understanding food choices in time, social location, and history. *Journal of nutrition education and behavior*, 37(3), 121-128.
- Dubois, L., & Girard, M. (2001). Social position and nutrition: a gradient relationship in Canada and the USA. *European Journal of Clinical Nutrition*, 55(5), 366.
- Elder, G. H., Johnson, M. K., & Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. In *Handbook of the life course* (pp. 3-19). Springer, Boston, MA
- Espinosa Cortés, L. M., Mora Rios, J., y Salas Valenzuela, M. (2013). Saberes y trayectorias de atención a la salud de poblaciones vulneradas en México: un abordaje interdisciplinario. *Saúde e Sociedade*, 22, 590-602.

- Ferraro, K. F., Morton, P. M. (2016). What do we mean by accumulation? Advancing conceptual precision for a core idea in gerontology. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(2), 269-278.
- Ferraro, K. F., Kemp, B. R., y Williams, M. M. (2017). Diverse aging and health inequality by race and ethnicity. *Innovation in Aging*, 1(1).
- Fitoussi, J. P., Rosanvallon, P. (1997). *La nueva era de las desigualdades*. Buenos Aires: Manantial.
- García, A. G. (2004). Las trayectorias del padecimiento: hombres adultos amputados y no-amputados a causa de la diabetes mellitus. *Investigación y Educación en Enfermería*, 22(2), 28-39.
- García, F., Solís, J., Calderón, J., Luque, E., Neyra, L., Manrique, H., ... & Castillo, O. (2007). Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo relacionados en una población urbana. *Rev Soc Peru Med Interna*, 20(3), 90-4.
- Gibson, E. L. (2006). Emotional influences on food choice: sensory, physiological and psychological pathways. *Physiology & behavior*, 89(1), 53-61.
- Gimeno, M. (2000). La enfermedad crónica y la familia. *Recuperado el*, 22.
- Gómez Peñaloza, S. A. *Trayectorias de vida, estilos de vida y representaciones de personas diagnosticadas con enfermedad crónica no transmisible-ECNT-: diabetes y/o hipertensión en la ciudad de Cali* (Doctoral dissertation).
- Grenier, A., & Phillipson, C. (2013). Rethinking agency in late life: Structural and interpretive approaches. *Ageing, meaning and social structure. Connecting critical and humanistic gerontology*, 55-79.
- Halfon, N., & Hochstein, M. (2002). Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. *The Milbank Quarterly*, 80(3), 433-479.
- Herman, D. R., Baer, M. T., Adams, E., Cunningham-Sabo, L., Duran, N., Johnson, D. B., & Yakes, E. (2014). Life Course Perspective: evidence for the role of nutrition. *Maternal and child health journal*, 18(2), 450-461.
- Hockey, J. L., & James, A. (2017). *Social Identities Aross Life Course*. Macmillan International Higher Education.

- Horevitz, E., & Organista, K. C. (2013). The Mexican health paradox: Expanding the explanatory power of the acculturation construct. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 35(1), 3-34.
- Jiménez-Corona, A., Aguilar-Salinas, C. A., Rojas-Martínez, R., & Hernández-Ávila, M. (2013). Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *salud pública de méxico*, 55, S137-S143.
- Jürgen Habermas. En SKINNER, Q. (Ed.). El retorno de la Gran Teoría en las ciencias humanas. Traducción de Consuelo Vázquez de Parga. Madrid: Alianza, 1988b, p. 119-135 (ed. original inglesa, 1985).
- Kohler, I. V., & Soldo, B. J. (2005). Childhood predictors of late-life diabetes: the case of Mexico. *Social biology*, 52(3-4), 112-131.
- Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., & Power, C. (2003). Life course epidemiology. *Journal of epidemiology and community health*, 57(10), 778.
- Lara-Esqueda, A., Márquez-Flores, M. F., Huitrón-Bravo, G., Arriaga-Garduño, T., Martínez-Marroquín, M., & Muñoz-Pérez, L. (2000). Detección integrada de diabetes e hipertensión arterial aplicada a la población mayor de 20 años de la localidad de San Cristóbal Huichochitlán, Estado de México. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 8(4), 136-142.
- Laub, J. H., & Sampson, R. J. (1998). Integrating quantitative and qualitative data. *Methods of life course research: Qualitative and quantitative approaches*, 213-230.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (2001). Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7296), 1233
- Maty, S. C., Lynch, J. W., Raghunathan, T. E., & Kaplan, G. A. (2008). Childhood socioeconomic position, gender, adult body mass index, and incidence of type 2 diabetes mellitus over 34 years in the Alameda County Study. *American Journal of Public Health*, 98(8), 1486-1494
- McEniry, M., Palloni, A., Dávila, A. L., Gurucharri, A. G. (2008). Early life exposure to poor nutrition and infectious diseases and its effects on the health of older Puerto Rican

- adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(6), S337-S348
- Mehta, R., del-Moral, M. E., & Aguilar-Salinas, C. A. (2010). Epidemiología de la diabetes en el anciano. *Revista de investigación clínica*, 62(4), 305-311.
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León Díaz, E. M., Marín, C., & Alfonso, J. C. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 353-361.
- Mercado, J., Robles, S. L., Ramos, H. I., Torres, T., Alcantara, H., & Moreno, L. (1998). La trayectoria de los enfermos con diabetes en el sector popular de Guadalajara. *Investigación Cualitativa en Salud. Perspectivas desde el Occidente de México*, 223-246.
- Moreno-Altamirano, L., García-García, J. J., Soto-Estrada, G., Capraro, S., & 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.
- Muniz Terrera, G., & Hardy, R. (2013). Longitudinal data analysis in studies of healthy ageing. Oxford University Press.
- Olaiz-Fernández, G., Rojas, R., Aguilar-Salinas, C. A., Rauda, J., & Villalpando, S. (2007). Diabetes mellitus en adultos mexicanos: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud pública de México*, 49, s331-s337.
- Ortega Hernández, A., León Andrade, M., & Ramírez Valverde, B. (2010). Agricultura y crisis en México: treinta años de políticas económicas neoliberales. *Ra Ximhai*, 6(3).
- Pearce, J., Blakely, T., Witten, K., & Bartie, P. (2007). Neighborhood deprivation and access to fast-food retailing: a national study. *American journal of preventive medicine*, 32(5), 375-382.
- Robles, L., Mercado, F. J., Ramos, I. M., Alcántara, E., & Moreno, N. C. (1995). Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. *Salud Pública de México*, 37(3), 187-196
- Rodríguez-Rodríguez, V., Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Mohamed, K. A., Lardiés-Bosque, R., Prieto-Flores, M. E., & Rojo-Abuín, J. M. (2011). Recursos

- económicos y calidad de vida en la población mayor. *Revista Internacional de Sociología*, 69(1), 195-227.
- Rubio, B. (2001). *Explotados y excluidos: los campesinos latinoamericanos en la fase agroexportadora neoliberal*. Plaza y Valdés.
- Rubio, B. (2013). La crisis alimentaria en México. *La crisis alimentaria mundial. Impacto sobre el campo mexicano*. Universidad Nacional Autónoma de México, 53-83.
- Ruiz-Pantoja, T. E., & Ham-Chande, R. (2007). Factores sociales y salud infantil asociados con la vejez. *salud pública de méxico*, 49, s495-s504
- Salinas-Martínez, A. M., Muñoz-Moreno, F., de León, B., Alma, R., Villarreal-Ríos, E., Núñez-Rocha, G. M., & Garza-Elizondo, M. E. (2001). Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención. *Salud pública de México*, 43(4), 324-333.
- Samper-Ternent, R., Michaels-Obregon, A., Wong, R., & Palloni, A. (2012). Older adults under a mixed regime of infectious and chronic diseases. *salud pública de méxico*, 54(5), 487-495.
- Santarsiero, L. (2012). Las políticas sociales en el caso de la satisfacción d/e necesidades alimentarias. *Algunos elementos conceptuales para su determinación*.
- Sobal, J., Bisogni, C. A., Devine, C. M., & Jastran, M. (2006). A conceptual model of the food choice process over the life course. *Frontiers in Nutritional Science*, 3
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health.
- Spalding, R. J. (1985). El Sistema Alimentario Mexicano (SAM): ascenso y decadencia. *Estudios sociológicos*, 315-349.
- Steyn, N. P., Mann, J., Bennett, P. H., Temple, N., Zimmet, P., Tuomilehto, J., ... & Louheranta, A. (2004). Diet, nutrition and the prevention of type 2 diabetes. *Public health nutrition*, 7(1a), 147-165.
- Stringhini, S., Zaninotto, P., Kumari, M., Kivimäki, M., & Batty, G. D. (2016). Lifecourse socioeconomic status and type 2 diabetes: the role of chronic inflammation in the English Longitudinal Study of Ageing. *Scientific reports*, 6, 24780.

- Torres-López, T. M., Sandoval-Díaz, M., & Pando-Moreno, M. (2005). " Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 101-110.
- Vázquez Castellanos, J. L., & Panduro Cerda, A. (2001). Diabetes mellitus tipo 2: un problema epidemiológico y de emergencia en México. *Investigación en Salud*, 150(99).
- White, R. (2012). Examining the effect of socioeconomic status on access to nutritional food. *Perspectives*, 114-120.
- White, R. (2012). Examining the effect of socioeconomic status on access to nutritional food. *Perspectives*, 114-120.
- Wong, R., & Lastra, M. A. (2001). Envejecimiento y salud en México: un enfoque integrado. *Estudios demográficos y urbanos*, 519-544.
- Yajnik, C. S. (2004). Early life origins of insulin resistance and type 2 diabetes in India and other Asian countries. *The Journal of nutrition*, 134(1), 205-210.
- Yeomans, M. R., Shepherd, R., & Raats, M. (2006). Psychology of food choice.
- Ziegler, F., Scharf, T., Baars, J., Dohmen, J., & Grenier, A. (2013). Community-based participatory action research: Opportunities and challenges for critical gerontology. *Ageing, meaning and social structure. Connecting critical and humanistic gerontology*, 157-180.
- Salazar, M. R. Epifanía de la vida cotidiana y de la interdependencia.