



**EL COLEGIO
DE SONORA**

MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES

“A todo se acostumbra uno, menos a no comer... azúcar. Prácticas de alimentación ante la diabetes en grupos domésticos triquis, inmigrantes en Sonora”

Tesis presentada por

Yocelin Alcántara Sánchez

para obtener el grado de

Maestra en Ciencias Sociales

en la línea de investigación Estudios Socioculturales de Salud

Directora de tesis: Doctora en Ciencias Sociales Patricia Aranda Gallegos

Hermosillo, Sonora

Febrero 2014

AGRADECIMIENTOS

A SAYA...

El tiempo puede pasar y las cosas cambiar, pero siempre están vivas las risas compartidas, las idas y venidas y los momentos importantes... porque sólo nos alejamos para volver a encontrarnos

Agradezco al Colegio de Sonora (COLSON) por las enseñanzas y el cobijo durante estos dos años de maestría. Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo económico brindado para realizar mis estudios. A mi comité de tesis, (Monserrat Salas, Patricia Aranda y Tonatiuh Castro) por la dedicación, los comentarios y la guía durante todo el proceso. Al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) por la estancia que realicé ahí el verano pasado. A la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco (UAM-Xochimilco) por la oportunidad de presentar mis avances en el Coloquio Internacional de la Alimentación. Monse, gracias por la orientación, pero sobre todo por animarme a emprender una aventura que culmina con esta tesis.

Al DEER, Luzma, Gaby, Sarita, Dr. Alberto y Claus, porque desde que llegué ahí mi camino profesional (y personal) tomó un rumbo diferente. Luzma, agradezco las charlas sostenidas que germinaron en mí varias ideas que también están escritas aquí. Comadreja, porque nuestra imaginación fluía mejor después de la —~~redia~~— comida y siempre regresábamos con ganas de escribir mi tesis, aunque también con muchos planes aún pendientes.

A mis compañeras y amigas, Eloisa, Yaneli y Luzca, por las pláticas interminables de nuestras tesis (y otras cosas). Por las veces que juntas sentíamos encontrar el hilo negro, aunque a veces sólo era una gran idea para nuestro trabajo. Luz, mi otra asesora de los cabos sueltos, y vaya que era constante que estuvieran desatados. Y porque cuando me sentía perdida, siempre encontré apoyo en ustedes. A veces con ideas frescas y otras que me confundían más pero de alguna forma eran ánimos para continuar. A Carlos Chacón por tu apoyo y compañía en este andar.

A los habitantes de G74, Julio y Herman, que hicieron que fuera un buen espacio de esparcimiento, inspiración, concentración y calma. A Iván Chávez, porque desde mi primer día en tierra ajena hiciste que la sintiera como mi hogar. A Diana Montserrat, Sis, porque me has enseñado tantas cosas de la vida y de la fe, de la ciencia y de la amistad. A Omar Cortés, por todos tus ánimos, la fe que me tienes y el valor para cambiar de rumbo cuando es necesario. A Ana Pérez Torres, por nuestras tardes filosóficas, existencialistas y humorísticas. A Nancy Nophal, hermanilla, por tus enseñanzas con hechos y con las ganas de salir adelante que siempre me contagias. A Israel Tletlamatzi, que desde la carrera sentíamos que había huecos en la Nutrición y aquí hay una teoría: es el lado social y humano el que se olvida en las aulas.

Agradezco también a toda mi familia, a Oscar Viayra por los planos. A Toño Brindis (Moño) por la revisión. A toda mi familia elegida y no elegida. Pero principalmente, al apoyo incondicional, la fuerza y la comprensión de mi padre y madre Sergio Alcántara y Ana Sánchez, ya que ustedes son para mí un ejemplo y el motor de mi vida; y, a Aidee Alcántara mi amiga y hermana, porque aunque no estemos en el mismo escalón, siempre encontraremos la forma para llegar al sol.

ÍNDICE

Contenido

AGRADECIMIENTOS	2
ÍNDICE	3
ÍNDICE DE TABLAS, ILUSTRACIONES Y MAPAS.....	6
Esquemas.....	¡Error! Marcador no definido.
Ilustraciones	¡Error! Marcador no definido.
Imágenes	¡Error! Marcador no definido.
Mapas	¡Error! Marcador no definido.
Tablas	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
Pregunta de investigación.....	15
Objetivo general	15
Objetivos específicos.....	15
CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES.....	16
La enfermedad como punto de partida.....	16
Entre la enfermedad y el padecimiento	20
La familiarización de la enfermedad	23
Los alimentos en el proceso de familiarización	25
Enfermar y comer en tierras ajenas: el caso de los pueblos indígenas.....	27
Identidad alimentaria.....	31
Cuando la tierra ajena se convierte en la propia.....	32
El género en los estudios de alimentación, enfermedad y los grupos domésticos	35
El azúcar: un alimento, una enfermedad	37
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO/CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO.....	38
Prácticas de alimentación en el grupo doméstico.....	39
La alimentación: el concepto oficial	41
La alimentación desde las ciencias sociales	42

Identidad: Soy triqui.....	44
Proceso de salud/enfermedad/atención: las líneas de cuidado en el hogar	49
La enfermedad en los pueblos indígenas.....	51
El grupo doméstico: los sujetos delimitados en un espacio social	52
El género ¿categoría o perspectiva?	53
Percepciones.....	55
ASPECTOS METODOLÓGICOS	56
CAPÍTULO 3. El lugar, la vida de 4 grupos domésticos en el Poblado Miguel Alemán	64
¿Dónde está y cómo es el lugar?	65
Los pobladores	68
La economía	71
Condiciones sociales	72
Salud.....	75
Los casos	76
Caso 1: Daniel Aguilar.....	77
Caso 2: Julián Cortés.....	81
Caso 3: Andrea Pérez.....	85
Caso 4: Frida León.....	90
Cuatro familias: convergencias y divergencias	93
CAPÍTULO 4. Comer juntos: las prácticas de alimentación en grupos domésticos triquis.....	94
—Haciendo negocio”: las tareas de la cocina como una parte del —negocio”	94
Los espacios	95
Los utensilios	99
El clima en la cocina	100
Las que cocinan, —¿no soy mujer?”	100
Los alimentos y bebidas.....	102
La soda	103
Las tortillas.....	109
Las plantas.....	114
El —gusto” por la comida entre el grupo doméstico.....	117
Las comidas y cocinas.....	120
Tipos.....	120

Los alimentos en el proceso migratorio	125
CAPÍTULO 5. El proceso intermitente de la enfermedad del azúcar	127
Las señales	128
El momento de enterarse	129
El porqué del “diabetes”	130
Tiempo desde las primeras señales	132
Ser diabético o gente que se le sube el azúcar.....	133
Socialización entre quienes se les sube el azúcar.....	134
La atención ante las “subidas de azúcar”	136
Control y descontrol	136
Cuidados.....	138
Maneras de curarse.....	140
Atención en el Centro de Salud.....	141
¿Y el género?.....	144
CAPÍTULO 6: Reflexiones finales	146
ANEXOS.....	155
ANEXO 1. Guías de entrevista	155
1.1 Dirigida a los miembros del grupo doméstico.....	155
1.2 Dirigida al personal de los Servicios de salud.....	158
ANEXO 2. Guías de observación	159
ANEXO 3. CARTA DE PRESENTACIÓN	160
BIBLIOGRAFÍA.....	161

ÍNDICE DE TABLAS, ILUSTRACIONES Y MAPAS

GRÁFICAS

GRÁFICA 1 TENDENCIA EN LA PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO, 2000 - 2012: ENSA'S	18
GRÁFICA 2 PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN DE HABLA INDÍGENA POR ESTADO	29
GRÁFICA 3 POBLACIÓN DE 5 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE HABLA LENGUA INDÍGENA POR PRINCIPALES LENGUAS EN SONORA, 2010	29

ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 2 VISTA DEL POBLADO MIGUEL ALEMÁN EN UNA TORMENTA DE POLVO	67
ILUSTRACIÓN 3 PLANO DE CASA CASO 1	80
ILUSTRACIÓN 4 PLANO DE CASA CASO 2	84
ILUSTRACIÓN 5 PLANO DE CASA CASO 3	89
ILUSTRACIÓN 6 PLANO DE CASA CASO 4	92
ILUSTRACIÓN 7 LA SODA EN LA COCINA	108

IMÁGENES

IMAGEN 1 ENTRADA AL PMA	65
IMAGEN 2 LAS COCINAS CASO 1	96
IMAGEN 3 LAS COCINAS CASO 2	97
IMAGEN 4 LAS COCINAS CASOS 3 Y 4	98
IMAGEN 5 PLANTAS USADAS EN ATENCIÓN A LA DIABETES	117

TABLAS

TABLA 1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN COMPARATIVA DE LOS CASOS	76
TABLA 2 FICHA DE DESCRIPTIVA CASO 1	79
TABLA 3 FICHA DESCRIPTIVA CASO 2	83
TABLA 4 FICHA DESCRIPTIVA CASO 3	87
TABLA 5 FICHA DESCRIPTIVA CASO 4	91

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es identificar y describir las percepciones sobre las prácticas de alimentación, desde la voz de varios integrantes de grupos domésticos triqui y, con padre o madre que contaban con diagnóstico de diabetes (DMII). Estos sujetos son inmigrantes ya establecidos en el Poblado Miguel Alemán de Hermosillo, Sonora. Trabajé en un estudio de caso y con acercamientos etnográficos que permitieron reconstruir el significado de la enfermedad, las relaciones de sentido entre la alimentación y el cuidado a su salud y el impacto de las relaciones de género presentes en las prácticas alimentarias y en la autoatención a la diabetes del padre o madre de cuatro grupos domésticos. Realicé entrevistas, ejercicios de observación y uso de antecedentes bibliográficos.

Dentro de los principales resultados de la investigación se puede ver que los sujetos, aunque sí aceptan una relación entre la comida y la enfermedad, no la consideran como prioritaria. Aunque algunas prácticas manifiestan cambios alimentarios a partir de saberse con una enfermedad, estos cambios están en función de sus posibilidades y del sentido que les otorguen a las palabras de los doctores. La enfermedad entonces es importante pero sólo en relación a cada circunstancia, influye la migración, las experiencias y el lenguaje. Paradójicamente, la diabetes es una enfermedad que se relaciona con los excesos, pero ahora se presenta en una población donde la escasez es lo único abundante.

INTRODUCCIÓN

A todo se acostumbra uno, menos a no comer, es un refrán popular que nos dice que a pesar de que todos poseemos una gran capacidad para amoldarnos a cualquier tipo de circunstancia, existen situaciones que son mucho más difíciles de cambiar, como por ejemplo: el adaptarse a un lugar después de emigrar en busca de mejores condiciones de vida o enfermarse de por vida, o el renunciar a nuestras prácticas cotidianas y más cuando se trata del placer (y necesidad) de comer nuestros alimentos preferidos.

En este trabajo realicé un estudio de caso con acercamientos etnográficos que comprendió la reconstrucción de las prácticas alimentarias de cuatro grupos domésticos en los cuales alguno de los padres de familia tenía diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo II. El interés principal fue estudiar la relación entre la atención y las prácticas alimentarias. El estudio se desarrolló en el Poblado Miguel Alemán (PMA), ubicado en el municipio de Hermosillo del estado de Sonora, cuyo crecimiento se ha dado principalmente por los flujos migratorios de poblaciones que laboran en los campos agrícolas. Es un poblado que ha crecido con las actividades agrícolas y que tiene una población de más de 30,000 personas, entre las cuales, la diversidad de grupos que proceden de Sonora y de otras entidades, así como de población indígena, la cual tiene una presencia importante ya que los trabajadores son reclutados desde sus comunidades de origen (provenientes de Oaxaca, Guerrero, Veracruz y Puebla) y trasladados a los campos, de modo que una vez en el norte del país, se siguen las rutas migratorias de acuerdo a las necesidades de las cosechas. Las diferentes comunidades de las que provienen hacen del PMA un lugar multicultural. De todos los pueblos indígenas, el más numeroso es el pueblo triqui, y es en este grupo en el que se auto-adscriben o identifican los cuatro grupos domésticos de esta investigación.

Estos grupos fueron elegidos considerando una característica más, retomando los resultados de investigaciones previas sobre el cuidado y la atención de la salud (Osorio, 2001; Moreno Altamirano, 2006; Bronfman et al., 1997; Rubin-Kurtzman y Denman, 2008) que señalan cómo las mujeres han sido formadas para cuidar a otros pero dejan la atención de su propia salud en un segundo o tercer lugar, por lo que se escogieron dos familias en las que el enfermo fuera mujer y madre de la familia y dos más en las que fuera hombre y padre del grupo familiar de manera que se pudieran comparar las prácticas alimentarias y de cuidado a la salud con base al género.

La importancia de enfocar el análisis desde una perspectiva de género no fue clara desde el inicio del proyecto, sin embargo, el desarrollo del trabajo de campo y especialmente las entrevistas, reforzaron la importancia de comparar la información considerando este eje analítico. Es importante considerar que los cuatro grupos se han adaptado a comer dentro de los límites y posibilidades económicas y socioculturales en el marco de procesos como lo es la enfermedad y que sus decisiones se relacionan también con procesos de migración y con la condición de vivir en un poblado de gran diversidad cultural. Pero de todas las adaptaciones posibles, es justamente el no comer (o evitar algunos alimentos) lo que les resulta muy complicado, y quizá más cuando se trate, como veremos más adelante, de aquellos productos a los que tienen más acceso (económica y geográficamente), les llenan o los que les han enseñado a cocinar y comer generacionalmente.

Esta investigación parte de varias inquietudes que, desde mi licenciatura en Nutrición despertaron mi interés por la complejidad que representan los problemas relacionados con la alimentación, (aunque en ese entonces no los viera de manera tan amplia). Los problemas de la alimentación, van más allá de lo mero biológico en tanto son una expresión de las

condiciones sociales, psicológicas, políticas, económicas y culturales. Al verlos más de cerca, se me abrió un abanico de posibilidades para el estudio de las relaciones visibles e invisibles inmiscuidas en la alimentación y las enfermedades. El enlazar entonces los conocimientos biomédicos de la Nutrición, con un enfoque de las ciencias sociales ha representado un reto.

Los aspectos socioculturales de la alimentación, quedan más a la vista cuando se indaga sobre su relación con las enfermedades. Su estudio puede dar cuenta de las expresiones sociales, especialmente aquellas que guardan una relación más estrecha con el imaginario social respecto de la relación entre las prácticas alimentarias y el proceso de salud/enfermedad/atención. La diabetes conlleva un proceso de largo aliento, en donde el cual la alimentación tiene un papel protagónico, por lo que en ésta investigación decidí estudiarlo, situándolo en los grupos domésticos, que es en donde generalmente se aprenden y desarrollan las prácticas que determinarán las decisiones a lo largo de la vida. En este trabajo me enfoqué en la relación entre *prácticas de alimentación en grupos domésticos*, y las prácticas de prevención y atención de la diabetes tipo II, reconstruyendo los diferentes puntos de vista que tienen los sujetos que viven y se relacionan en un mismo espacio social, como lo es la casa. De ahí que las percepciones de cada uno de los miembros sean indispensables para construir de una forma más integrada la percepción sobre estas prácticas, es decir, que el escuchar la voz de varios miembros de grupos domésticos permite dar cuenta de las diferencias en este espacio sobre las mismas prácticas alimentarias, así como la forma en que interactúan y se negocian cuando la enfermedad está presente.

Las prácticas alimentarias de los grupos domésticos implican aspectos culturales, políticos, económicos y sociales, varían de acuerdo al contexto, momento histórico y lugar

geográfico. También se ven influidas por las creencias religiosas o los símbolos asociados a diversos días, así como las festividades como los bautizos, los quince años, las bodas, etc. Una mirada desde las ciencias sociales permite visibilizar las relaciones que se dan y se expresan a través del acto de *comer*. Este va desde el proceso de conseguir los alimentos, hasta la forma en que se llevan a la boca, los alimentos manifiestan relaciones sociales en referencia al mundo en el que se vive, del que se proviene y del que se ha ido construyendo.

Una enfermedad que requiere atención relacionada con el *comer*, como la diabetes, generó una serie de preguntas como las que se enlistan a continuación: ¿Qué percepción tienen los sujetos respecto de la relación que hay entre la enfermedad y la alimentación? tanto por su aparición como su desarrollo, ¿cómo se organiza un grupo doméstico cuando el padre o la madre requieren cambiar sus prácticas alimentarias? Los integrantes de los grupos domésticos, ¿consideran necesario hacer cambios en sus prácticas? Los elementos sociales y culturales que envuelven a la alimentación ¿son más fuertes que la necesidad de “sentirse bien”? La dificultad para quienes han sido diagnosticados biomédicamente con diabetes realicen cambios en sus prácticas ¿es un asunto de falta de información? ¿de diferentes lógicas? ¿de falta de recursos? o quizá de la suma de varios elementos.

El ordenamiento de este trabajo inicia con un apartado del planteamiento del problema que contiene los objetivos y las preguntas que guían la investigación, seguido por los antecedentes en el capítulo 1 donde hago un recuento de investigaciones que abordan el tema. Aquí incluyo aquellas que, ponen en la mesa el estudio de las prácticas de alimentación ante una enfermedad en contextos migratorios y de multiculturalidad. Asimismo, que incluyan al género como parte de un eje de análisis o de una perspectiva. Hago énfasis en que no hay alguno que se centre en las prácticas de alimentación en grupos

domésticos en relación a la enfermedad. Y finalizo el primer capítulo con la pregunta general de investigación y con notas sobre la importancia de los aspectos contextuales de los sujetos.

En el capítulo 2, desarrollo el marco teórico/conceptual y los aspectos metodológicos, identifico y describo los elementos centrales para el análisis, que incluyen las definiciones, perspectivas y categorías de lo que se entiende por *prácticas de alimentación en grupos domésticos* que intenta relacionar dos miradas: las de las ciencias de la salud y las ciencias sociales. Considero al *grupo doméstico* como espacio social compartido por varios integrantes y que escuchar sus *percepciones* permite reconstruir fragmentos de sus prácticas alimentarias entrelazadas con el *proceso de salud/enfermedad/atención*. Esto, vislumbrando aspectos de inequidad y organización de las actividades del grupo a través de las relaciones de *género*, y considerando los elementos de la identidad que los hacen sentir y ser *triquis*.

Describo también, los caminos o pasos metodológicos, así como los alcances y limitaciones de esta investigación. Presento los ejes de análisis, reconstruyo algunos de los cambios que surgieron a partir de las idas y venidas de campo, las decisiones que se tomaron en función de lo encontrado y los motivos, para que ésta tesis fuera teniendo forma. Y termino el apartado con una serie de reflexiones que no quisiera dejar a un lado y que pudieran servir para mis próximas investigaciones y para quienes alguna vez desarrollen las suyas en contextos similares o con visiones compartidas.

En el tercer capítulo reconstruyo los escenarios y relaciones en los que es preciso ubicar a las prácticas de alimentación y atención de estos grupos. Comienzo por ubicar el lugar,

cómo es, dónde está y qué se hace ahí. Después sigo por describir quiénes son y cómo viven allí los pobladores a través de los cuatro grupos domésticos. Ellos son quienes me permitieron conocer sus percepciones, mediante sus historias y anécdotas, así como algunas prácticas observadas, y la posibilidad de capturar una pequeña parte de su vida. A partir de ello pude organizar en descripciones, esquemas, tablas e imágenes la información que permita al lector ver un poco más de cerca a estos grupos domésticos.

En el cuarto capítulo hago una reconstrucción de las prácticas alimentarias percibidas por lo sujetos de estos cuatro casos. Plasmó también mis observaciones y experiencias. Empiezo por describir los espacios, los utensilios o los factores que en mayor o menor medida afectan éstas prácticas, como por ejemplo las condiciones climáticas. En éstas prácticas, las relaciones de poder y los roles asignados y adoptados se expresan a través del género. De todos los alimentos, la soda, las tortillas y las plantas resultaron tener mayor mención y significancia para el tema, por lo que aquí hago énfasis en ellos planteando algunas categorías y usos y significados. La migración se hace más visible aquí, y los gustos, las clasificaciones y las ideas sobre la *comida* son en base a factores que no tienen mucho que ver con las propuestas por la biomedicina.

El capítulo 5 da cuenta del proceso de salud/enfermedad/atención en el que se construyen las prácticas de alimentación de estos grupos domésticos en donde la enfermedad influye en las prácticas y viceversa. Los factores como la migración, la multiculturalidad y el género marcan vínculos, a veces de manera evidente, otras no tanto entre la atención a la diabetes y la comida. Así que para acercarnos a comprender esta relación, expongo un poco de la historia de lo que ha sido tener esta enfermedad, tanto para los padres, las madres y aquellos quienes compartieron sus formas de enterarse, sus sentimientos y pensamientos

respecto a este mal que les llegó a su vida. En los tres capítulos de resultados, hago una reflexión desde una perspectiva de género.

A manera de conclusión, el sexto y último capítulo, recopila las reflexiones que fueron surgiendo en el proceso, principalmente en el momento de la organización y análisis de la información. Dejo aquí algunas de las inquietudes que me quedaron, los aspectos que me resultaron más relevantes y los cuestionamientos que me deja todo este proceso y las relaciones que se construyen y reconstruyen en los grupos domésticos a partir del *comer* y el *enfermar* en un medio donde prevalece la escasez, inequidades y los constantes retos de adaptación al medio. Finalmente, comparto en los anexos los instrumentos que me sirvieron de guía para las entrevistas, una dirigida a los miembros de los grupos domésticos (que incluía al padre o la madre con diabetes y los demás integrantes) y la otra al personal de salud; y para la observación del Poblado Miguel Alemán, las casas y los sujetos.

Por motivos de ética y confidencialidad, todos los nombres han sido cambiados y en su lugar se utilizaron seudónimos. Las entrevistas y el material recolectado son de uso exclusivo para los fines del estudio, las fotos de las personas fueron regresadas y no han sido mostradas en ningún lado, las que sí se presentan aquí no incluyen a las personas pero su uso ilustra mejor las situaciones que reporta la investigación. Los testimonios y las notas de campo, tanto en formato digital como físico, sólo ha sido compartido con el comité de tesis.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para esta investigación, la pregunta que guió el trabajo fue construida de la siguiente manera:

Pregunta de investigación

¿Cómo perciben los integrantes de cuatro grupos domésticos triquis establecidos en el Poblado Miguel Alemán, del municipio de Hermosillo, Sonora, la relación entre las prácticas de alimentación y la diabetes tipo II, cuando el padre o la madre la padecen?

Objetivo general

El objetivo general que guía esta investigación es: identificar y describir las percepciones de integrantes de cuatro familias triquis que habitan en el Poblado Miguel Alemán, sobre la relación entre las prácticas de alimentación y los procesos de cuidado y atención de la diabetes tipo II, desde la voz de varios integrantes de grupos domésticos triqui migrantes con padre o madre que la padecen, establecidos en el Poblado Miguel Alemán, Hermosillo, Sonora.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos que contribuyeron al cumplimiento del objetivo general son:

- Describir los aspectos contextuales, como la migración y la multiculturalidad, en relación a las prácticas de alimentación en grupos domésticos de cuatro grupos domésticos del pueblo indígena triqui.
- Identificar la relación entre las prácticas alimentarias y la diabetes percibida por diversos integrantes de cuatro grupos domésticos en su contexto.

- Identificar las relaciones de género presentes en las prácticas alimentarias y en la autoatención a la diabetes del padre o madre de cuatro grupos domésticos.

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES

Para empezar, esta investigación tomó como punto de partida una enfermedad que es diagnosticada desde la biomedicina, y busco interrelacionarla con elementos socioculturales. Los trabajos que lo abordan, generalmente se centran en la enfermedad, relegando las prácticas de alimentación a una línea del cuidado, nunca con gran énfasis. Por otro lado, se ha abordado a la enfermedad o la alimentación en poblaciones que migran, pero no de manera relacionada. Así que para entender esta relación hago una recopilación de investigaciones que buscan, como en la presente, conocer más allá del mero hecho biológico de *comer y enfermar*, así como las relaciones que se manifiestan de una u otra forma.

La enfermedad como punto de partida

Los primeros registros de la *diabetes* fueron documentados desde el siglo XV AC por los egipcios, posteriormente, fueron los griegos quienes hablaban de una enfermedad que les ~~hacía~~ orinar mucho¹ a la que le llamaron *Diabetes*. Pero, no fue sino hasta 1679 cuando se le nombró como ahora se le conoce. Tomas Willis fue quien, tras reconocer un sabor dulce en la orina, completó su nombre agregándole *mellitus*². Y ya desde ese entonces, su aparición en los sujetos se le relacionó con ~~la~~ buena vida y la afición por el vino”. Así que después de varios estudios, se le asoció con el sentido del gusto y los sabores, para

¹ Este es uno de los síntomas característicos de la enfermedad, denominado poliuria que se traduce en un aumento en la frecuencia en las micciones u orina

² Del griego *melli* que significa *miel*.

proponer finalmente en 1788, lo que marcaría el inicio de los cambios dietéticos con fines terapéuticos y de tratamiento (Sánchez Rivero, 2007).

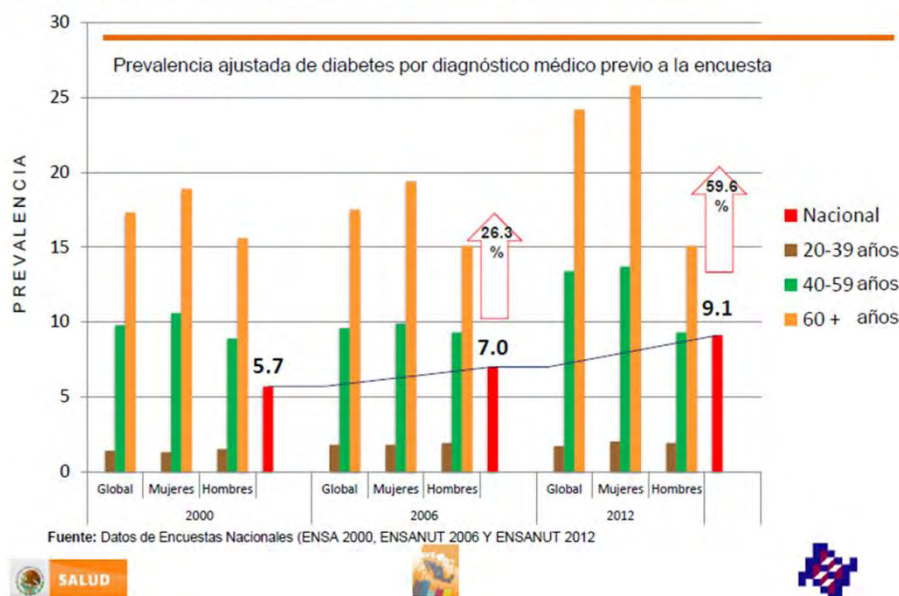
La atención a la diabetes inició en clínicas especializadas hasta 1924, en Inglaterra. El papel de éstas era enseñarles a los que la padecían, la técnica para inyectarse insulina (Rodríguez Saldaña, s/f). Desde estos inicios, quedó claro que quienes podían tratarla eran los médicos. Aunque actualmente, la creciente demanda y la necesidad de atención ha requerido de especialistas, así que a pesar de que ahora hay diversas profesiones que aplican sus conocimientos en la atención de esta enfermedad, el papel del médico sigue jugando un papel protagónico.

Actualmente, la OMS ha declarado a la *diabetes mellitus* como una de las más grandes y emergentes amenazas mundiales de la viabilidad de los sistemas de salud ya que se encuentra dentro de las primeras causas de muerte en el mundo (OMS, 2013). En nuestro país, según las Encuestas Nacionales de Salud (ENSANUT) más recientes, 6.4 millones de mexicanos se saben con esta enfermedad, lo que representa al 9.17% de los adultos en el país (ENSANUT, 2012b). De acuerdo a Hernández et al., la esperanza de vida para quien la padece se reduce hasta en diez años. México invierte desde 700 hasta 3200 dólares anuales en su atención, lo que se traduce en un gasto en salud del 5 al 14% del total del recurso destinado a este rubro (Hernández-Ávila et al., 2013).

De acuerdo a la ENSANUT, de los adultos que saben que la padecen, sólo el 25% logra mantener los niveles esperados de azúcar en la sangre. La práctica más común para el tratamiento es la toma de medicamentos: 72.5% usa pastillas (orales), el 6.4% solo insulina, el 13% insulina sola/combinada y el 6.3% pastillas más insulina (ENSANUT, 2012b). La

prevalencia de esta enfermedad para el 2012 en el país se muestra en la siguiente gráfica. Aquí podemos ver que son las mujeres mayores de 60 años a quienes más frecuentemente se les detecta esta enfermedad.

Tendencia en la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2* por grupos de edad y sexo, 2000 – 2012: ENSA's



Gráfica 1 Tendencia en la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 por grupos de edad y sexo, 2000 - 2012: ENSA's

Desde la biomedicina, los enfoques medicalizados³, estudian lo que han denominado como “apego al tratamiento⁴” (Durán-Varela, Rivera-Chavira, y Franco-Gallegos, 2001), “adherencia al tratamiento” (Salvador Ortiz, 2004) o “cumplimiento dietético” (Cabrera Pivaral y Novoa Menchaca, 1991), visto de manera individual, y en otras contemplando a los grupos domésticos (Valdez-Figueroa et al., 1993). Los autores que estudiaron a las

³ Entendiendo la “medicalización” como una gran influencia del saber médico en el saber de los conjuntos sociales para explicar y atender sus procesos de salud y enfermedad, como un proceso mediante el cual ciertos elementos del saber médico comienzan a formar parte de saberes no médicos.

⁴ El *apego al tratamiento* se define como “la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o transformar el estilo de vida” (Durán-Varela et al., 2001, 234).

“prácticas dietéticas” en relación a la enfermedad, destacan que la “falta de educación” es el principal problema (Cabrera Pivaral y Novoa Menchaca, 1991).

Lo anterior busca conocer esta adherencia o cumplimiento de acuerdo a los lineamientos propuestos por las instituciones de salud como el IMSS (IMSS, 2009), o la Secretaría de Salud (SSA, 2010b, 2010a). Ya que ahí se establecen los marcos para orientar a la población sobre una alimentación “correcta” en cuanto a los requerimientos orgánicos (SSA, 2005). Se explica además, la relación que tienen los alimentos en el cuerpo con los niveles elevados de azúcar y en términos de cómo “educar al paciente” sobre sus “tratamiento dietéticos”. Esto sugiere una serie de cambios en las prácticas, y es justo en este espacio donde los aportes de las ciencias sociales buscan darle voz a quien está en dicha situación y ubicarlo/a en la relación con su entorno.

Es en el caso de las comunidades o pueblos indígenas, su atención representa un mayor reto mayor para los equipos médicos ya que los programas o centros en donde se brinda la atención no comparten las mismas construcciones simbólicas de la comunidad. Fajardo (2007), realizó un estudio en la Sierra Huichol, en el cual analiza justamente la incursión de programas destinados a la mejoría nutricional en esta población. A partir de esto, pudo notar que hay una lucha de poder en la que el programa debe responder a las formas locales de comprensión, lo cual se dificulta porque en las localidades se rechaza la explicación externa o se le interpreta de manera diferente, donde el cambio de hábitos, como los alimentarios, está mediado en el balance con las normas del grupo y la creatividad de las respuestas de los involucrados. Considerando que todos los grupos indígenas tienen la capacidad para elegir, entre transformar o mantener sus prácticas de acuerdo a lo que les haga sentido (Fajardo Santana, 2007).

Es ante este reto de poder entender y atender a las enfermedades en contextos diferentes y desde cosmovisiones diversas lo que plantea dimensionar a la enfermedad y a las prácticas. Conocer las dimensiones de un padecimiento, el lugar donde se desarrolla y los símbolos asociados a éstas que se buscan cambiar permite establecer un diálogo entre quienes la padecen y quienes buscan aliviarla. Asimismo, las prácticas alimentarias como parte de estos grandes cambios se pueden situar de manera que su observación permita dar cuenta de la complejidad que representa su cambio o modificación.

Entre la enfermedad y el padecimiento

Autores como Kleinman (1980) proponen hacer una distinción entre las dimensiones culturales y biológicas de una enfermedad y entenderlas dependiendo del momento histórico y las características culturales. Este autor, propone tres dimensiones: *disease* (enfermedad), *illness* (padecimiento) y *sickness* (malestar). Las tres se relacionan entre sí y se expresan en el sujeto ubicado en un medio específico. Entender quién y cómo es la persona influye en cómo se interpretan sus dolencias. La *enfermedad* o *disease* se refiere a los cambios orgánicos que afectan el buen funcionamiento del organismo y que son tipificados como tales por grupos médicos, esta es la parte en la que se enfocan los trabajadores de la salud desde la biomedicina, se refiere a las afectaciones y fallos que acontecen en el cuerpo biológico.

El *padecimiento* o *illness* se refiere a los procesos de atención, percepción, respuestas afectivas y cognitivas, así como la valoración de la enfermedad que tiene sobre su mismo padecer la persona afectada. El padecimiento se vuelve entonces como un lenguaje común que permite la socialización entre aquellos quienes la padecen, aunque esta dimensión no

siempre es considerada por el gremio médico y se da en todas las enfermedades. Y la última dimensión, el *malestar* o *sickness* implica las dimensiones sociales que articulan a las ideologías, las condiciones económicas, políticas e institucionales, es el desorden en su forma genérica en relación con las fuerzas macrosociales. La enfermedad es entonces, un puente que conecta el cuerpo, la persona y la sociedad (Kleinman, 1988; Osorio, 2001; Torres López, 2004).

Por su parte, Menéndez plantea ver a la enfermedad en relación con su atención como un proceso que incluye varias dimensiones manifestadas mediante prácticas destinadas a la restauración de la salud. Este enfoque permite considerar a la enfermedad y su atención como proceso, es decir que las acciones se contemplan de manera histórica, consecutiva y secuencial. Ninguna está aislada de otra y la finalidad es restaurar la salud. El autor propone una serie de modelos referidos a las prácticas de atención: a) biomédicas; b) populares y tradicionales; c) alternativas, paralelas o new age; d) de otras tradiciones médicas académicas y; e) centradas en la autoayuda (Menéndez, 2003).

Moreno (Moreno Altamirano, 2006), por ejemplo, en su estudio sobre la DMII, aborda desde una perspectiva fenomenológica y considerando el proceso de salud y enfermedad en el que ve este proceso como una experiencia llena de significados donde la enfermedad es una construcción simbólica, con componentes tanto biomédicos como sociales. Plantea que la enfermedad es una lucha y que el sufrimiento se convierte en ocasiones en la razón de la vida misma. Este sufrimiento puede llegar a convertirse en el centro de la vida misma y alterar otras esferas. El saberse enfermo implica una transformación desde el plano individual hasta el punto de interacción con las identidades colectivas.

Las implicaciones en la vida de las personas, en tanto estas dimensiones abarcan aspectos morales, por ejemplo: en algunos casos, las sugerencias de cambios de la dieta implican una carga valorativa, emocional con consecuencias fatales porque la ven como una “dieta de castigo” (López-Amador y Ocampo-Barrio, 2007). O bien una condición de acceso que no corresponde con sus posibilidades.

A la diabetes, especialmente en los pueblos indígenas, se le relaciona con causas como un susto o una muina⁵ muy fuerte, es decir que se contemplan a las emociones. La relación con los alimentos es principalmente con los dulces y con los excesos. De los síntomas más reconocidos es el aumento de la orina. Mientras que del tratamiento, resulta relevante el consumo de plantas en ayuno. Se han identificado principalmente al nopal, tronadora, guarumbo, elemuy, cocoyol, claudiosa, gobernadora, lágrimas de San Pedro, tejocote y prodigiosa. Las seis primeras con estudios comprobados de su efecto benéfico para bajar el azúcar (UNAM, 2009). Esta visión de los pueblos indígenas contempla varias dimensiones que resultan un desafío a la biomedicina, y en general, a los servicios de salud.

Respecto a la alimentación, Moreno (Moreno Altamirano, 2006) plantea que el cambio sugerido en el régimen de alimentación representa una situación que se convierte en un problema social. La presencia de la enfermedad en un grupo doméstico se manifiesta en términos de menos vulnerabilidad al descontrol, mientras que en otros casos, la enfermedad se vuelve el centro de la vida misma. Se cuestiona entonces el por qué no hay más estudios sobre esto, si es tan obvia la relación o importancia de factores socioculturales en los hábitos alimenticios. A partir de esto, podemos ir notando que enfermar representa un

⁵ Estado emocional de disgusto, como el coraje, que repercute en la salud de quien lo experimenta.

problema para el cuerpo biológico cuyo impacto tiene implicaciones en la vida familiar y social.

La familiarización de la enfermedad

Sobre la atención a las enfermedades en el ámbito del hogar, al comparar los roles o papeles asignados de acuerdo al sexo ha resultado que las mujeres son las principales cuidadoras. Ellas elaboran una construcción social en la que sus conductas se expresan en percibir y reconocer los malestares, detectar síntomas y signos, establecer diagnósticos hipotéticos, asociar causalidades, tomar decisiones y actuar para brindar cuidados o atención en todos los recursos disponibles (Osorio, 2001).

Robles documenta éstas relaciones centrándose en la atención principalmente en el ámbito del cuidado en el hogar (Robles-Silva, 2004). La autora retoma⁶ tres líneas de acciones de cuidado y las reconstruye de la siguiente manera: de la enfermedad, del hogar y biográfico. Para ella, los tipos o líneas de acción son respuestas sociales, en las cuales el grupo doméstico juega un papel importante en la forma en que se llevan a cabo (Robles-Silva, 2010 - 2011). Estas líneas de cuidado en torno a la enfermedad incluyen el diagnóstico, el manejo de las molestias y los regímenes terapéuticos, así como la atención terapéutica de la enfermedad.

En la línea del cuidado en torno al hogar incluye el apoyo económico, el trabajo doméstico, los cuidados personales y la organización de los cuidados. Y en la tercera línea pone al cuidado biográfico, el cual contempla la reconstrucción de la identidad, evitar el aislamiento social, cuidar una continuidad del curso de vida así como una creación de

⁶ Retoma la propuesta analítica de Corbin J. y Strauss a partir de los planteamientos de Kittay Eva.

relación de cuidado (íbid). Aquí no menciona una línea específica de los alimentos, solo menciona que cuando la preparación de alimentos se ajusta a las indicaciones de un régimen dietético, se convierte en una acción de cuidado. Pero, ¿qué significado adquiere para los sujetos y sus grupos domésticos?

En este sentido, la salud es una expresión de las condiciones sociales. De acuerdo con Boltvinik⁷, la pobreza en México se mide en función de varios indicadores, uno de ellos, la atención a la salud. Según el autor hay dos principales: la línea de la pobreza – tiempo y, las necesidades básicas insatisfechas. En la primera, se analizan la satisfacción de alimentos, vestido y cuidado personal, higiene personal del hogar, transporte y comunicaciones básicas y, las necesidades de recreación, información y cultura. En la segunda, las necesidades de los servicios de agua y drenaje, el nivel educativo y la asistencia a la escuela, la electricidad, la vivienda, el mobiliario y equipamiento del hogar y el tiempo libre para recreación (Boltvinik).

La satisfacción o insatisfacción de estas necesidades manifiesta las condiciones de pobreza en las que se encuentran las poblaciones. De manera que la atención brindada en los hogares está vinculada con los elementos anteriores. Si las personas no tienen acceso a los servicios gratuitos y sus ingresos no les permiten acceder a la atención médica privada, entonces, las necesidades básicas se consideran insatisfechas (íbid), es decir, que no es lo mismo enfermar cuando se tienen cubiertas las necesidades básicas que cuando no, así que esto puede influir y determinar el curso de la evolución de las enfermedades.

⁷ Este autor hace una clasificación más detallada de los elementos que determinan el nivel de pobreza de los sujetos. Tiene instrumentos que evalúan con puntajes de acuerdo a categorías y dimensiones de manera más exacta. En este estudio únicamente hago mención de ellas para brindar un mejor contexto de la población con quienes traté.

Los alimentos en el proceso de familiarización

Desde la sociología y la antropología, se plantea que la alimentación no es sólo una práctica biológica sino que también es un hecho social, considerada o relacionada como una expresión inconsciente de las estructuras⁸ (Garine, 1999). Para las personas, la alimentación (y en ella los alimentos), no son únicamente elementos bioquímicos necesarios para la vida, sino que además son expresión de procesos culturales, políticos, económicos y sociales (Carrasco Henríquez, 2006). Es también condicionada por el medio y adaptada de manera que aporte lo necesario para vivir, aunque esto no sea siempre un proceso totalmente razonado (Harris, 1989).

Así, la alimentación se encuentra mediada por una serie de factores tanto individuales como colectivos que no pueden ignorarse, ya que siempre está marcada por historias y significados. Estos factores se refieren a las experiencias e historias vividas, la socialización que implica el comer, preparar y obtener los alimentos. También se ve influenciada por los lugares, la disponibilidad y los gustos (Mintz, 2003a).

Considerando que es en el grupo doméstico donde se aprenden, desarrollan y organizan las prácticas de alimentación, Charles y Kerr analizaron la jerarquización en el consumo de alimentos en base a las variaciones económicas a las que se ve impuesto el gasto de estos sujetos. Con esto categorizaron el consumo de acuerdo a su valor social en dos, la primera se refiere a los alimentos indicadores de estatus en tanto son más sensibles que otros y, en la segunda, a aquellos que son más o menos susceptibles a los ingresos económicos del grupo doméstico, es decir, aquellos que no varían de acuerdo a la inestabilidad económica

⁸ La "estructura" se refiere al sistema de relaciones entre los individuos de una sociedad

del grupo doméstico y aquellos que sí varían (Charles y Kerr, 1995). Esto implica que el consumo de alimentos está en relación directa con la importancia que cada grupo les dé.

En cuanto a costos de la alimentación en los grupos domésticos también se le ha visto y estudiado desde un enfoque económico, lo que resulta interesante porque permite ver la distribución de los gastos en los grupos domésticos. Reyes et al, realizaron un estudio en San Cristóbal de las Casas, Chiapas en abril y mayo de 2005 sobre alimentación y suficiencia energética entre migrantes y encontraron que el 59.4% de los grupos domésticos destinan entre el 75% y el 100% de sus ingresos semanales a la compra de alimentos pero, paradójicamente, el 45.4% de estos tienen una insuficiencia energética considerable (Reyes et al., 2007). Esto expone una situación contradictoria, ya que quienes tienen más posibilidades económicas, gozan de la posibilidad de destinar el dinero a otras necesidades e incluso lujos, no obstante, mientras menos ingresos económicos, mayor porcentaje destinado a la satisfacción de esta necesidad pero aunado a condiciones de precariedad.

Bourdieu por ejemplo, en varias de sus obras retoma a la alimentación de acuerdo a las clases sociales como ejemplos para comprender algunos aspectos de la sociedad. Él habla de que es la clase burguesa quien introduce el rigor de la regla en todo lo cotidiano. Es decir, que en la alimentación, a mayor "clase social" existen mayor cantidad de reglas, utensilios y artefactos, lo que provoca un distanciamiento con los alimentos. Esto implica que las clases sociales más altas se imponen más reglas a las necesidades básicas y a los placeres primarios que implican. Esto envuelve a las prácticas en una manera de buscar más estética. Las costumbres de mesa, desde esta perspectiva, también son una expresión de las luchas de clase (Sidicaro, 2009). Y una de las poblaciones con gran lucha histórica por su

identidad, territorio y derechos, son los pueblos indígenas de México. Estas luchas se ven reflejadas en problemas sociales, económicos y políticos que se traducen generalmente en problemas de salud y alimentación.

Enfermar y comer en tierras ajenas: el caso de los pueblos indígenas

Los *pueblos indígenas* han sido considerados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como uno de los grupos más desfavorecidos de mundo. Por eso se elaboró una *Declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas*, la primera fue en el 2006 y la segunda en el 2007 (aunque se publicó un año después). Este documento pretende establecer que estos pueblos tienen el derecho de ejercer plena y libremente su cultura sin ser discriminados. Este ejercicio abarca desde la organización política, económica, social hasta la cultural.

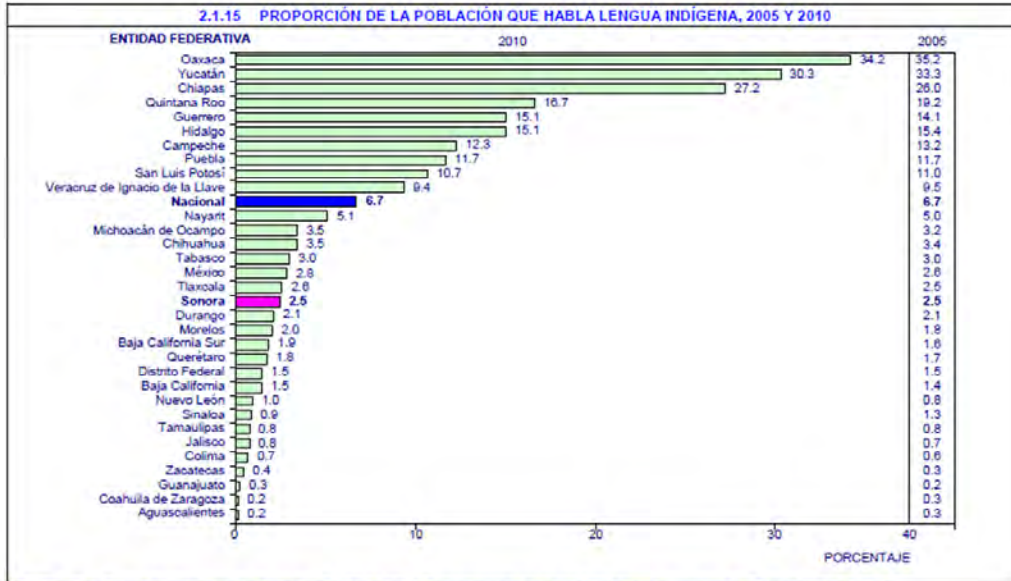
En México, según las estadísticas del INEGI, de los 101.8 millones habitantes para el 2010, 6.6 millones son población de habla indígena (INEGI, 2010). En el país, están registradas 62 lenguas originarias, y en realidad suman más de 100 cuando se cuentan las variantes que representan a grupos distintos. Asimismo, este criterio ha sido utilizado en las encuestas para los conteos de la población indígena. De tal manera que se considera que la lengua o el idioma constituyen parte fundamental de la construcción y fortalecimiento de la identidad.

En contextos migratorios, algunos de los padres deciden no hablarles en su lengua a sus hijos con la idea de que de esta manera se les quitará el estigma que podría ponerlos en situaciones de discriminación: la identidad indígena (Navarrete Linares, 2008) que en nuestro caso se refuerza con la diferenciación que de por sí conlleva la migración. Con esto

podemos darnos cuenta del papel tan importante que tiene, al menos en el contexto nacional, el hablar una lengua distinta al castellano.

Respecto a la salud, esta declaración menciona que pueden ejercer libremente sus prácticas tradicionales de atención a la salud y enfermedad, así como los medicamentos y las plantas. Si bien cuentan con el derecho de hacer uso de los servicios de salud que el estado brinda como público, en este (a diferencia del de educación), no menciona nada sobre la urgencia de brindar estos servicios en su lengua y sobre la alimentación, hace referencia sin especificar más, a los Derechos Humanos Universales.

De acuerdo con datos del Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados CESOP (2011) la población indígena en México representa el 14.9% del total. En el estado de Sonora, según el INEGI, el 2.5% del total de la población habla una lengua indígena. De los cuales el 15.8% de hombres y el 13.6% de las mujeres hablantes de lengua indígena no son nativos del estado (INEGI, 2011). El triqui es la cuarta lengua más hablada en la región, es decir, la afluencia migratoria hacia los campos agrícolas han contribuido a que el número de hablantes de lengua indígena aumente aunque no sea en su tierra natal. Los migrantes vienen principalmente de Guerrero, Oaxaca, Puebla y Chiapas principalmente.



NOTA: Se refiere a la población de 5 y más años de edad. Cifras correspondientes a las fechas censales del 17 de octubre (2005) y 12 de junio (2010).

Gráfica 2 Proporción de la población de habla indígena por estado

2.1.17 POBLACIÓN DE 5 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE HABLA LENGUA INDÍGENA POR PRINCIPALES LENGUAS, 2010

PRINCIPALES LENGUAS INDÍGENAS	NACIONAL	ESTRUCTURA NACIONAL (%)	ENTIDAD	ESTRUCTURA DE LA ENTIDAD (%)
Total	6 695 228	100.0	60 310	100.0
Mayo	39 616	0.6	28 005	46.4
Yaqui	17 116	0.3	16 033	26.6
Náhuatl	1 544 968	23.1	1 981	3.3
Triqui	25 883	0.4	1 727	2.9
Zapoteco	425 123	6.3	1 563	2.6
Las demás lenguas indígenas a/	4 497 535	67.2	7 515	12.5
Lengua indígena no especificada	144 987	2.2	3 486	5.8

NOTA: La fecha censal de estas cifras corresponde al 12 de junio.
a/ Incluye otras lenguas indígenas de México y otras lenguas indígenas de América.

Gráfica 3 Población de 5 y más años de edad que habla lengua indígena por principales lenguas en Sonora, 2010

De acuerdo con el INEGI (INEGI, 2011) la Diabetes es la tercera causa de defunciones a nivel nacional ya que representa el 13.8%, mientras que en Sonora alcanza el 10.8% de la población. En cuanto a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas que se registraron en este estado, la ENSANUT registró que el 1.5% de los adultos de 20 a 39 años; el 9.3% de 40 a 59 años y el 14.1% de mayores de 60 presentaban DM II (ENSANUT, 2006).

No es lo mismo enfermarse ni comer en un proceso como la migración. Mendoza ha desarrollado investigaciones importantes sobre temas de salud y migración con los triquis donde se cuestiona sobre la enfermedad y las formas de atenderse (Mendoza González, 1997). Esta autora se ha enfocado a las representaciones sobre la crianza de los hijos y las relaciones de género desde la perspectiva de parejas que han migrado y los que radican en la comunidad de origen (Mendoza González, 2010 - 2011).

La misma autora, después de vivir un tiempo en Copala, Oaxaca, documenta procesos de s/e/a, en cuanto a las formas de enfermar y curar tratando de contextualizar respecto a las características sociopolíticas, culturales y económicas que caracterizaban a la comunidad durante un año (Mendoza González, 2011). Este estudio resulta importante porque permitirá, en campo, buscar características que ella observó estando en la comunidad, a diferencia de las personas que migraron a Sonora.

La migración es un proceso cotidiano y de tradición para muchos pueblos de México. Los sujetos salen de sus lugares de origen en busca de mejores oportunidades laborales y condiciones de vida. Para fines de esta investigación considero necesario visibilizar la migración para entender aspectos contextuales y culturales de la población triqui que se ha establecido en Sonora. Un ejemplo importante y relacionado con el tema en cuestión, es un estudio realizado por Cordero, en él plasma que los grupos domésticos se organizan y los integrantes negocian entre ellos para reconfigurarse una vez que se tiene contacto entre los que se van y los que se quedan, es decir, visibilizan las relaciones entre los integrantes de los grupos domésticos a partir de un cambio tan importante como lo es la migración (Cordero Díaz, 2007).

Identidad alimentaria

El *comer* es una práctica que por estar relacionada con la tierra donde se nació está ligada a aspectos de identidad y se ve modificada con la migración. En relación a esto, Bertrán ha estudiado lo que se le denomina *identidad alimentaria* como una parte importante de las poblaciones indígenas, al menos las originarias de Mesoamérica que es donde centra sus estudios. La autora ha notado que esta identidad cambia de acuerdo a procesos como la globalización y la migración porque los alimentos forman parte de este *ser* o *sentir* que pertenecen a un grupo social específico aunque también el rechazarlos representa una forma de excluirse de dicho grupo (Bertrán, 2005).

Es decir, el comer los alimentos más industrializados tiene tintes de que pueden acceder a ellos y que son parte de los cambios globales, mientras que por otro lado, el comer lo usual y tradicional es un signo de que no se ha dejado de ser de la comunidad. Es así que el comer ciertos alimentos los incluye y reafirma en cierto grupo, y rechazar otros los hace negar la pertenencia a dicho grupo (ibid). En la migración se acentúa más este aspecto de la identidad, porque en ocasiones se enfrentan a culturas completamente diferentes y se presenta la opción de elegir entre el mundo al que llegan o el mundo del que provienen, aunque no siempre la opción está presente.

En el caso de Sonora, Ortega realizó un trabajo donde destaca que los jornaleros agrícolas “migrantes” son uno de los grupos más vulnerables en el país. Como interés central se buscó conocer el estado de nutrición y la relación con la salud. Encontraron que las mujeres y los infantes son aún más vulnerables a los procesos de inseguridad alimentaria. No identificaron diferencias en algunos indicadores del estado nutricional (como la talla para la edad) en infantes, al comparar los resultados de los migrantes y de los asentados.

Encontraron que los adolescentes asentados presentaron más obesidad y sobrepeso; que los alimentos más básicos fueron frijol, tortilla de maíz y de harina y el huevo, y que hay poca variedad en su alimentación. El alimento de mayor consumo fue la soda. Los asentados comen más carne y leche que los migrantes que van por temporadas. De esta manera, los procesos migratorios refuerzan o transforman las prácticas alimentarias de acuerdo al nuevo contexto, en este caso, estos cambios favorecen la obesidad (Ortega, 2007).

Sin embargo, estas prácticas alimentarias dañinas para la salud tienen una explicación de fondo. Los cambios de alimentación respecto a sus lugares de origen se relacionan con las nuevas opciones, el estatus, aunque esto ya no es exclusivo de los migrantes, sí aumenta la oferta de alimentos y los significados aunados a ellos. Dependiendo del papel que se le asigne y de las circunstancias en las que se encuentren, será la importancia que tenga cada alimento. Desafortunadamente, la oferta del mercado y las campañas publicitarias tienden muchas veces, más que informar, a confundir a los consumidores.

Cuando la tierra ajena se convierte en la propia

La demografía de Sonora va de la mano con el crecimiento económico, lo que implica la forma en que se ha ido poblando. Ramírez documenta este proceso a través de tres hipótesis que explican la historia económica de Sonora bajo el capitalismo. La primera hipótesis, entre 1930 y 1955, es que múltiples factores hicieron posible el desplazamiento del centro de la acumulación de la minería de cobre a la gran agricultura. La segunda hipótesis se refiere a que durante los años comprendidos entre 1955 y 1970 los grandes capitales agrarios expandieron su influencia hacia las zonas urbanas industriales como respuesta a la baja en el precio del algodón y a la disminución de la frontera agrícola irrigada. Y, la

tercera hipótesis, cuando hacia finales de los años sesenta surge en Sonora un nuevo tipo de industrialización asociado a formas de inversión extranjera, desconocidas en el pasado (Ramírez, 1991).

Según los autores mencionados, hasta la década de los 70's, lo anterior conforma algunas de las condiciones que se dieron para los movimientos y cambios demográficos que finalmente, han ido poblando este estado del Noroeste de México. Después de esto, se ha presentado el fortalecimiento de los campos agrícolas. Y un sector muy importante, tanto por sus dimensiones demográficas como por su participación en la economía sonorensis, es el de los llamados "inmigrantes indígenas", cuya antigüedad en Sonora se remonta a la década de 1980. (Manríquez Durán y Silva, 2007).

La presencia de esta población se ve reflejada en las estadísticas registradas en Sonora, las cuales indican que es de 5% promedio de ocupación en viviendas indígenas con jefe o cónyuge hablante de lengua indígena (INEGI, 2004). De estos habitantes, en Sonora se registran hablantes de lenguas indígenas propias de Oaxaca, tales como lenguas zapotecas, triquis y mixtecas distribuidas principalmente a lo largo de la costa de Sonora y suroeste que es donde se encuentra el Poblado (CDI, 2000).

En el caso del pueblo triqui, su historia no puede ser contada sin considerar el flujo migratorio que los acompaña. Son, hasta ahora, pocos trabajos los que abordan la problemática. Fischer y Sandoval vieron que los pueblos triqui tienen dos características importantes: la vitalidad idiomática y, la organización socio-territorial, aunada a un fuerte simbolismo territorial. No obstante, reconoce que las condiciones de migración son cada vez mayores y en condiciones poco favorables (Lewis Fischer y Sandoval Cruz, 2007).

Es justo en este espacio de migración como se establece una separación entre culturas, prácticas y comportamientos alimentarios. Se visibiliza una frontera simbólica entre *nosotros* y los *otros* y se materializa en el contacto entre grupos sociales diferenciados. Es entonces cuando cada grupo toma conciencia de *su* particularidad alimentaria y la proyecta hacia el *otro* (Durán, 2009). Se establecen negociaciones entre los integrantes en un intento por comulgar con los parientes inmigrados, lo que implica el incorporar ciertos alimentos y eliminar otros. Para los pueblos indígenas, en este proceso de integración resulta notable la influencia de la modernidad y la cercanía con la urbanidad (Tinat, 2008).

Como mencioné previamente, en el contexto de la diversidad cultural mexicana la alimentación está muy ligada a nociones de identidad. Para los pueblos indígenas, principalmente, la comida juega un papel importante en la construcción de la identidad de cada grupo. (Bertrán, 2009) ha estudiado a la alimentación y la cultura evidenciando algunos cambios alimentarios y la creciente tendencia hacia la obesidad. La autora formula una descripción del sistema alimentario indígena de acuerdo a tres grandes fases: provisión, preparación y consumo de los alimentos. Con esto, hace una reflexión sobre la alimentación como un elemento importante de la identidad indígena, que sirve a veces para reafirmar la pertenencia al grupo o para mostrar que se ha dejado de ser indígena (Bertrán, 2005).

Por tanto, los cambios que representa la migración y los usos y costumbres de un pueblo se ven expresados a través de prácticas, como en este caso, las de alimentación. No obstante, estas expresiones están marcadas por los roles que principalmente se establecen en base a las características biológicas y por acuerdos históricos/sociales, como lo son las actividades

organizadas por el género. De modo que éste está presente en todos los aspectos de la organización en los grupos domésticos y se ven acentuados por los procesos de enfermedad.

El género en los estudios de alimentación, enfermedad y los grupos domésticos

El uso de género en un estudio, visibiliza que las prácticas o manifestaciones sociales se expresan tanto en desigualdad como en relaciones de poder en todo el proceso de la alimentación. Después de un análisis sobre el uso de la categoría de género en los estudios cuyo eje es la *alimentación*, Pérez-Gil y Urdanivia encontraron que se ha invisibilizado tanto a las mujeres como a los hombres al ver (en especial a la mujer) como que las prácticas en torno a este proceso son propias de su rol reproductor, más no algo atribuido y construido socialmente (Pérez-Gil y Urdanivia, 2007). Por tanto, indagar sobre las prácticas entre los diferentes miembros de grupos domésticos nos permite visibilizar sus diferencias, en tanto al papel o rol que le sea asignado (y asumido) por cada integrante del hogar.

En otro estudio, Trujillo et al, hacen tres tipologías de grupos domésticos en base al género, y las categoriza de la siguiente manera: patriarcal, mixto y distributivo. Estos tipos de organización determinan el curso que tomará el padecer diabetes (Trujillo et al., 2008). Aunque las relaciones de género les otorguen más poder en muchas ocasiones a los hombres, es generalmente la mujer quien se vuelve cuidadora ante la presencia de enfermedades en el proceso de atención en el hogar (Salgado y Wong, 2007; Hernández, 2011).

Como ejemplo de la importancia del género en la alimentación, O’Laughlin demostró que en un pueblo de África las mujeres no comían pollo, ni cabra, ni papilla de harina blanca

por cuestiones de la división sexual del trabajo. Aquí decía que las condiciones de sumisión en las que vivía la mujer incluían el control de la dieta, en la cual se les prohibían ciertos alimentos basados en diferencias biológicas y relacionadas en las labores de cada uno (O’Laughlin, 1974 cit. en Messer, 1995).

En la organización de los grupos domésticos y con una visión de género, se ha cuestionado su papel de unidad de producción agrícola, en cambio, se ve más encaminada a ser una unidad de consumo. En primera, porque las mujeres son proveedoras económicas además de que son quienes satisfacen las necesidades del hogar en cuanto a la procuración y preparación de los alimentos, la crianza de los niños y niñas y el cuidado de los enfermos. Esto a pesar de que se le considera al hombre como el principal proveedor. Por otro lado, se sugiere que las razones que explican la subordinación de las mujeres en la familia están en función de los valores patriarcales que persisten en la sociedad. En suma, el capitalismo se beneficia del excedente de mano de obra femenina, al mismo tiempo que obliga a que se generen más ingresos familiares (Hernández-Pérez, 2011, 37). Esto hace que los grupos domésticos produzcan menos para sí mismos y busquen consumir más.

En el pueblo triqui, el papel subordinado de las mujeres está muy acentuado por la organización patriarcal en la que viven. Como señalé, las mujeres son quienes se encargan de las actividades en el hogar, aunque actualmente, la participación en la aportación económica es más evidente. De acuerdo con sus costumbres, las mujeres tienen poca o nula participación en la vida pública, y desafiar esto puede implicar el exilio o enojo de la comunidad. Aunque también en la vida privada, ya que las mujeres, principalmente en la comunidad de origen, no tienen el derecho de negarse ante el casamiento, aunque esto vaya

en contra de sus propios deseos. La violencia familiar es otra de las formas en que se expresa la desigualdad de género (París-Pombo, 2006).

El azúcar: un alimento, una enfermedad

Las múltiples vertientes y dimensiones planteadas anteriormente convergen en un punto: el *azúcar*. La diabetes es también conocida como azúcar, esto sugiere una necesidad de ver a la enfermedad en varias dimensiones. Es decir, que el nexo entre la enfermedad y la alimentación, como procesos que expresan condiciones de vida, es bastante fuerte ya que ¿a qué otra enfermedad se le conoce popularmente por el nombre de un alimento? En la literatura (Mintz, 2003a) encontramos que uno de los alimentos marcados por valoraciones de carácter moral es justamente éste. De acuerdo al autor, la historia del consumo de azúcar data desde el siglo XII en Gran Bretaña, en donde se usó principalmente como medicina, aunque hay registros más antiguos en medio oriente.

Para cuando el azúcar llegó al continente americano ya tenía los antecedentes de ser consumido principalmente por las clases sociales altas, y como aumentó su producción, el consumo también se difundió entre toda la población. Desde entonces se le relacionó con los excesos, los lujos, el placer y los vicios. Aunque después se cuestionó su eficacia en los tratamientos médicos porque vieron que dañaba los dientes. Su asociación con la explotación de los esclavos en el viejo continente alrededor del siglo XVII, provocó que se le empezara a excluir de la dieta a manera de ayuno como signo de protesta (quienes eran los que realizaban los trabajos duros en campo). Para cuando el azúcar llegó a nuestro continente, sus implicaciones morales tomaron otro curso más relacionado con la salud (como los problemas dentales o la obesidad).

Su relación histórica con sustancias “pecaminosas” como el café, con las injusticias sociales, como la explotación de esclavos y, más recientemente con actitudes “pecaminosas” como la gula, deja actualmente al azúcar con indudables relaciones de carácter moral (Mintz, 2003a). Así que no es de sorprender que su consumo se ligue ahora a una enfermedad provocada por “malos hábitos” y “excesos” como la diabetes.

Actualmente, la información en los diversos medios, las exigencias por una regulación en las prácticas alimentarias y de atención, están de manera opuesta y simultánea con la falta de regulación en la venta de productos. Todas estas regulaciones están justificadas y sustentadas por la idea o el ideal de salud que a veces más que informar, tienden a contradecir. De manera que estos ideales de salud (y corporales) van de la mano con el aumento en productos que se ofertan para resolver este tipo de situaciones cuando, paradójicamente, son parte de lo que los causa (Gracia-Arnaiz, 2007, 2005).

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO/CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

Entonces, a partir de considerar los abordajes anteriores, parto de los siguientes conceptos: prácticas de alimentación, proceso salud/enfermedad/atención, percepción, grupo doméstico y género. Estos guiarán el acercamiento a la problemática central que es la alimentación en la enfermedad. Las *prácticas de alimentación* son aquellas actividades que se realizan para satisfacer una necesidad biológica, sin embargo, al aprenderse y desarrollarse dentro de un *grupo doméstico*, se vuelve un proceso sociocultural determinado por el contexto. Esto se enfatiza cuando se presenta un proceso de *enfermedad* y se busca *atender* para restablecer la *salud*, en patologías cuya relación con la alimentación se ha acentuado. Aun así, cada sujeto tiene su propia *percepción* de la situación y la relación

entre dichos procesos. Los *pueblos indígenas*, dan cuenta de una característica particular de los sujetos en este contexto de multiculturalidad. El enfoque de *género* brinda una categoría de análisis cuando se compara la respuesta que se construye ante similares situaciones, diferenciando entre hombres y mujeres. Y finalmente, la identidad como concepto donde convergen los anteriores.

Prácticas de alimentación en el grupo doméstico

Eduardo L. Menéndez (Menéndez, 2002, 309-322) propone la *teoría de las prácticas*, la cual, está basada en los aportes hechos por Durkheim, Weber y Gramsci. A través de esta teoría se busca conocer las formas de representaciones económicas, políticas, simbólicas y mecanismos de poder que los actores tienen mediante la articulación de las acciones con las restricciones, limitaciones e imposibilidades que la estructura representa. Los principales conceptos propuestos por el autor son: actor, experiencia, drama social, proceso, duración, estrategias, carrera, transacciones, relaciones sociales y hegemonía/subalternidad.

Entonces, la *teoría de las prácticas* será vista en el marco del proceso s/e/a propuesto, de esta forma, por Menéndez y –constituye un fenómeno universal que opera estructuralmente de forma diferenciada y forma parte de la vida cotidiana... entendido como un marco de estructura social y estructura de significado” (íbid). Es decir, se articulan las prácticas sociales con los saberes culturales en una situación en donde elementos biológicos y culturales están relacionados en espacios estructurales en condiciones de hegemonía/subalternidad.

Ante esto, las *prácticas alimentarias* –son entendidas como aquellas actividades relacionadas con la alimentación de los individuos, las cuales engloban creencias y hábitos en torno a la comida” (Magallanes González et al., 2005). Entonces, se entenderán a las

prácticas dentro del marco del proceso salud/enfermedad/atención planteado pero enfocando la atención a las prácticas alimentarias a través de estudios múltiples de casos de grupos domésticos triquis.

Pero para el eje central de este trabajo, el concepto que más permite dar cuenta de la socialización a través de los alimentos que se da mediante una institución base para la sociedad, son las *prácticas de alimentación en los grupos domésticos*. Si bien esta propuesta es reciente y pocos estudios se han hecho al respecto, permite dar cuenta de estas interacciones. Esta propuesta resulta interesante en tanto que propone ver de una forma más integral a la alimentación del grupo doméstico para visibilizar relaciones tanto entre los sujetos como con los alimentos ya que es en el hogar donde se aprenden la mayoría de los hábitos y gustos (Franco Patiño, 2010). Y parto desde la socio-antropología, la cual busca interacciones entre lo biológico, ecológico y social (Gómez Benito, 2008).

No obstante, aunque la alimentación se mire de forma conjunta al considerar al *grupo doméstico*, lo que se observa y reconstruye a partir de las percepciones son las *prácticas alimentarias*. De acuerdo con Gaínza, las prácticas alimentarias tienen tres dimensiones: la histórica, la cual es producto de las relaciones sociales de grupos humanos que se establecen a través del tiempo. La segunda dimensión: la cultural, entendiendo a la cultura como un conjunto de sistemas producidos por grupos humanos que sirven de mensajes para afirmarse, así que las prácticas están condicionadas por el marco cultural que las produce. Y la tercera dimensión, la semiótica, lo cual implica que hay un léxico, una sintaxis que se manifiesta en cada comida (Gaínza, 2003).

La alimentación: el concepto oficial

La alimentación forma parte de los Derechos Humanos, en donde se establece que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su grupo doméstico, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad” (ONU, 2008, Art. 25.1).

A nivel nacional, la instancia encargada de la regulación en materia de salud y alimentación (la Secretaría de Salud) define a la *alimentación* como el “conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena” (SSA, 2005).

Éstas son las definiciones que de manera oficial se manejan, es el discurso que se reproduce en las instituciones de salud, incluso en las empresas privadas como las farmacéuticas. Es reciente la inclusión de los aspectos socioculturales y emocionales, no obstante están mencionados, las normas se refieren a una serie de pautas y derechos que debieran regir la alimentación de toda la población y que no toman en cuenta los factores climáticos, geográficos, políticos, sociales y sobre todo, económicos, es decir, la alimentación que “debe ser” no está al alcance de todos los sectores de la población mexicana. Mientras que, desde las ciencias sociales se ha buscado abordar a la alimentación desde otros puntos de vista que se refieren a continuación.

La alimentación desde las ciencias sociales

Para empezar este recuento, en la antropología⁹ y la sociología, según Díaz y Gómez, podemos identificar tres orientaciones o perspectivas teóricas principales con sus exponentes precursores que son: la funcionalista de Richards; la estructuralista de Lévi-Strauss, Douglas, Barthes, Bordieu y Fischler y; la desarrollista o materialismo cultural de Harris, Goody, Mennell y Mintz (Díaz Menéndez y Gómez Benito, 2001). Todos estos aportes ven en el estudio de la comida y la alimentación, una manera de brindar un panorama para observar las formas en que los individuos atribuimos significados sociales a actividades básicas y vitales, así como una forma de entender la organización social entre otros aspectos.

Otra clasificación, hecha por Gómez divide los aportes de los sociólogos clásicos como Engels, Weber, Durkheim, Veblen, Elías, Bourdieu, Barthes y Fischler de los antropólogos clásicos como Richard, Levi-Strauss, Mary Douglas, Harris, Mintz y Goody. Y trae la discusión desde la sociología de la alimentación, que busca conocer otras manifestaciones sociales, a través de los siguientes campos de análisis: efectos de cambios micro y macro sociales de la alimentación; estratificación social y nutrición; prácticas alimentarias y efectos ecológicos de los sistemas alimentarios (Gómez Benito, 2008).

Desde la antropología, Messer, después de hacer un recuento de los estudios sobre la dieta, concluye que todos destacan la necesidad de relacionar interdisciplinariamente los aspectos biológicos y culturales respecto al consumo humano. En este recuento destaca los trabajos provenientes desde la antropología social, antropología psicológica, perspectiva materialista, ecológica, semiótica, y estudios bioculturales. También los hay sobre aspectos

⁹ La antropología es la disciplina que ha hecho mayores aportes al estudio de la alimentación como el proceso sociocultural

sensoriales, identitarios, económicos y nutricionales, como los saberes o cambios. Destaca que, como líneas futuras de investigación –se necesitan estudios sobre las comprensiones narrativas de las etiologías de las enfermedades de la civilización relacionadas con la dieta, como es el caso de la obesidad, la hipertensión y la diabetes” (Messer, 1995).

Turner por ejemplo, desde la sociología, analiza al régimen alimenticio en paralelo al ascetismo. Este autor expone que la necesidad de controlar tanto el apetito como la sexualidad son aspectos completamente sociales. (Turner, 1982). Así, la historia de lo que llamamos *dieta*¹⁰ está llena de tintes teológicos que relacionaban a “la carne” con actitudes morales y religiosas. La palabra dieta, por su parte, proviene del griego “*diata*” que significa modo de vida, así como del francés “*diéz*” o “*diá*” que se refiere a una asamblea política de príncipes llevada a cabo con fines de legislación y administración. Por tanto, la dieta la podemos ver como el régimen que se aplica al gobierno del cuerpo (Turner, 1989).

Desde la antropología, Harris considera a la alimentación como una expresión de los costos-beneficios, es decir, plantea que los humanos consumimos lo disponible de acuerdo a los beneficios que los alimentos nos puedan traer. Y solo posteriormente, se les agregan los significados, pero la ingesta se debe más a una adaptación y a una forma de sobrevivir. Aquí las causas de los comportamientos alimentarios son los más importantes (Harris, 1989).

Desde esta misma disciplina, pero desde un enfoque estructuralista, Fischler dice que la alimentación es estructurante en tanto ocupa estar estructurada, ya que al verlo de manera individual, es parte de la socialización y aculturación del niño. Mientras que desde un

¹⁰ La NOM-043-SSA2-2005 define *dieta* como el conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día, y constituye la unidad de la alimentación. Desde las ciencias sociales, Peña la ve como “el resultado de una serie de articulaciones que abarcan desde el aprovechamiento de su medio, saber tradicional, redes de apoyo familiar y social, poder adquisitivo, programas, políticas y comercio, hasta la influencia de los medios de comunicación (Peña Sánchez, 2011, 111).

punto de vista más colectivo, simboliza y traduce en reglas, lo que implica un triunfo de la cultura por sobre la naturaleza. Incluso, se manifiestan jerarquías sociales en donde la alimentación permite desplazamientos, al menos de manera construida (Fischler, 1995).

Y más recientemente, Mintz señala que los alimentos están asociados a significados, historias, experiencias de quien los prepara y consume. Es decir, que los significados son lo más importante, que varían culturalmente y siempre están condicionados por el significado. Así, Mintz relaciona a los alimentos con aspectos del poder y de la moralidad. Las primeras producciones de azúcar se lograron con el esfuerzo de esclavos africanos, por lo que su consumo en algunos círculos estaba sancionado socialmente. Y aunque esto ha cambiado, el abstenerse o no a añadirlo en la alimentación sigue estando ligado a aspectos morales (Mintz, 2003b).

Con estos acercamientos podemos ver que la alimentación es un proceso complejo, que es tanto una expresión social como una marca de identidad. Es una necesidad y un determinante cultural, económico, político y social. Es un proceso individual que se familiariza, y viceversa. La alimentación en términos biológicos —debería ser—, mientras que en términos sociales, la alimentación —es lo que es—.

Identidad: Soy triqui

El concepto de *indígena* está inserto en la discusión entre etnicidad y raza. El concepto de raza hace referencia a aspectos biológicos que implican diferencias entre características más que nada, físicas y por lo tanto, con aspectos como la discriminación y los prejuicios. Mientras que por otro lado, la etnicidad se refiere a las prácticas culturales que distinguen a una comunidad de personas. A través de este concepto, se pueden ver diferencias culturales

entre grupos. Las características más distintivas son la lengua, la historia (real o imaginaria), la religión y/o las distintas formas de vestirse o adornarse (Giddens, 2000).

Para la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), *ser indígena*, lo define como “*ser originario de un país*” (Navarrete Linares, 2008, 7), siendo este término el de uso oficial en las leyes e instituciones de México. Lo cual implica que en nuestro país conviven muchos grupos diferentes de personas con formas de vida peculiares. Pero en esta diversidad hay que reconocer que aquellos quienes hablan una lengua indígena son, en muchos ámbitos, sujetos de discriminación. Aunque esta población *per se* no constituye sinónimo de pobreza o marginación, en los indicadores de nivel de vida y desarrollo humano se encuentran por debajo del resto de la población. Y no se puede negar que estas condiciones son de carácter social y económico, pero principalmente, político.

Debido a las implicaciones que enfrenta el concepto de *pueblos indígenas*, la postura que propone la CDI (y que adopto en este trabajo) es que *ser indígena* significa “saber armonizar el cambio con la continuidad, la fidelidad a las tradiciones con la capacidad de adaptación” (íbid, 13). El artículo 2do. de la Constitución de México establece que “son comunidades integrantes de un pueblo indígena, aquellas que formen una unidad social, económica y cultural, asentadas en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo con sus usos y costumbres” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 2o., 2009)¹¹. Sin embargo, estos usos y costumbres van tomando diferentes formas cuando se cruzan con procesos como la migración.

¹¹ Esta reforma fue recientemente aprobada en 2001 a raíz de las demandas de EZLN, aunque según los críticos restringe los alcances de la autonomía indígena.

Estos conceptos, tanto el de pueblos indígenas como el de etnicidad hacen referencia a que hay prácticas aprendidas grupalmente y que son diferenciales respecto a otros grupos. La reproducción de estas prácticas reafirma o excluye de los grupos. En este trabajo, las características más asociadas a esa pertenencia del grupo triqui fueron determinadas en base a la lengua y a las festividades que conservan, aunque esto tenga aún sus matices. Cada institución tiene diferentes criterios, por ejemplo, el INEGI se basa en el habla o descendencia de personas que lo hablan. Más adelante se expondrán los criterios que los mismos sujetos consideraron que los hace *ser triqui*.

De acuerdo con Giménez, la *identidad* es una categoría y un concepto en donde convergen varias categorías. La identidad implica hacer comparación entre varios para diferenciar a los *otros*, es también un elemento vital del ser. Es a través de este concepto donde coinciden las normas, los valores, el estatus, la socialización, la educación, los roles, la clase social, la etnicidad, el género, la religión, el territorio, entre muchos otros, pero de todos, el más importante es la cultura. Para este autor, la cultura es una forma de organización, un esquema o pautas establecidas por los sujetos en donde se expresan representaciones y formas simbólicas, todo esto en un contexto histórico específico y de manera social y pública (Giménez, 2004).

Villoro también señala que la *identidad* implica señalar ciertas diferencias para reconocer grupos entre otros. El territorio, la composición demográfica, la lengua, las instituciones sociales y los rasgos culturales son parte de esos señalamientos que reafirman una identidad. Es aceptar dichos rasgos, desarrollar tales prácticas y generar una conciencia de singularidad. La identidad de las colectividades aspira a la construcción imaginaria de una figura dibujada por cada uno en donde se pueda oponer a la mirada del otro (Villoro, 1998).

Así que para conocer los motivos por los cuales a los sujetos les es complicado renunciar a ciertos alimentos o cambiar sus prácticas, la identidad sirve como una categoría que permite explicar las. Por ser tantos elementos que confluyen en la identidad, este concepto tiene tantos matices diferenciales a nivel individual que actualmente se puede afirmar que no existe una cultura familiar uniforme (íbid). Es decir, que un sujeto debe tener los suficientes rasgos en común como para decir que forma parte de un grupo, pero también los suficientes rasgos como sujeto dentro de una colectividad.

En esta investigación identifiqué que el *ser triqui* está vinculado estrechamente con el idioma. Aunque no es lo único, sí es una de las características más fuertes. En el caso de las generaciones más jóvenes, si no lo hablan ellos, se es triqui por el hecho de pertenecer a un grupo que lo habla. En este caso, se asumen como triquis porque se saben de descendencia, se saben parte de un grupo que *es* y se define como tal. Y saben que lo son porque sus padres o abuelos hablan el idioma.

Aunque para los mayores existen otras cosas, como por ejemplo algunas festividades. Se *es* triqui “porque tiene diferentes tradiciones que otras personas ni siquiera” (Frida, 40 años). Estas festividades se encuentran como parte de sus recuerdos de la infancia. Algunas de ellas las conocen bien, otras no y aunque no todos saben las razones de la celebración o el por qué tienen algunas costumbres, las reproducen. Sin embargo, el tenerlas los o las hace también *ser* triquis.

Su organización permite que las redes de apoyo y las relaciones de parentesco se fortalezcan. Por el hecho de *ser triqui*, a los migrantes que únicamente van de paso, se les da albergue y comida para continuar su camino hacia el sur o hacia el norte. Los líderes son quienes más brindan este tipo de apoyos. Ellos saben bien cuántos triquis hay en cada asentamiento, generalmente buscan establecerse cerca los unos de los otros, como una

forma de vivir en comunidad. Los líderes también se mueven en función de las necesidades del pueblo, cuando hay conflictos se buscan, se reúnen e intentan solucionarlos.

Se han hecho mucho más visibles a partir de sus organizaciones como el Movimiento de Unificación y Lucha Triqui (MULT). Este movimiento surgió a raíz de la violencia descontrolada y los atropellos de los que han sido víctimas en sus pueblos, los asesinatos y la lucha por el territorio han provocado el levantamiento de organizaciones como ésta. Es de carácter político y social, brindan apoyo a la comunidad en los lados donde están y su organización tiene presencia hasta en la red de internet. Aquí exponen sus inquietudes, noticias y acuerdos relacionado con las comunidades, tradiciones y derechos del pueblo indígena triqui¹². Las situaciones de violencia y discriminación compartidas suelen reforzar sentimientos de lealtad e interés común en los miembros del grupo.

Las festividades

Además del idioma, las festividades que aún conservan son parte de un distintivo de los triquis. El día de la Cruz, por ejemplo, es celebrado el 3 de mayo. En este día realizan una misa y un torneo de básquet, y por supuesto, en el Poblado preparan comida especial como pozole, mole o caldo de res, mucha soda y cerveza, recientemente comenzaron a celebrar y organizar bautizos, cumpleaños y quince años en la pequeña capilla que hay cerca de donde vive la mayoría de la comunidad triqui. Aquí suelen hacer mole de pollo, a veces llevan banda, esto cuando se cuentan con recursos económicos suficientes para solventar el gasto.

Otro festejo que consideran como parte de su identidad es el del día de muertos. Los grupos domésticos triqui acostumbran poner una mesa y colocar, el día primero, nueve platos¹³ de

¹² La página es <http://mult.org.mx/>

¹³ Los nueve platos se ponen porque, de acuerdo a algunos testimonios, consideran que el número nueve es el de la muerte o los muertos. Nadie me dijo el por qué.

caldo, los dejan dos días y luego los recogen. También suelen poner manzanas, pan, huesos, carne, totopos y bebidas como cerveza y soda. La flor de muertos, no puede faltar, con ellas elaboran un arco al lado de la mesa, acompañado con velas y algunos alimentos del gusto de quien se le pone la ofrenda. Al tercer día preparan caldo y totopos para llevárselos a sus familiares.

La festividad de su Patrono, Dios, lo celebran dos semanas antes del 25 de diciembre, aquí también preparan caldo o mole. La fecha exacta varió, algunos dijeron que esta celebración la realiza en Semana Santa, al menos en el Poblado. Las festividades registradas por el MULT en Oaxaca son: : la del 3er viernes de cuaresma, la fiesta del carnaval, la celebración de pascua, el Santo Patrono del lugar, el día de San Miguel Arcángel, el día de muertos y el día de San Marcos, el dios de la lluvia (MULT, s/f)¹⁴.

Proceso de salud/enfermedad/atención: las líneas de cuidado en el hogar

La OMS define a las enfermedades crónicas como “enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta” (OMS, 2013). En México, a la *diabetes mellitus* (DM), la Norma Oficial Mexicana la considera como “la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono” (SSA, 2010b).

Y a la Diabetes tipo 2, “al tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Los

¹⁴ Aunque este texto al que hago referencia documenta las tradiciones de la región de San Juan Copala, lo que es importante recordar ya que existen varias zonas y por tanto, cambios en algunos aspectos de acuerdo a las regiones de procedencia.

pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos” (íbid). Aunque, como todas las normas, son un parámetro, punto de partida y forma de estandarización para todos los trabajadores de salud en México.

Pero desde la antropología, autores como Menéndez, quién aporta a la discusión planteando un proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a) abre una serie de estudios a través de sus propuestas para acercarse mediante una perspectiva relacional. Plantea entonces, que el proceso s/e/a forma parte de la vida cotidiana, es universal y debe pensarse como hecho social y por lo tanto, considerarse aspectos como el sexo, edad, religión, idioma, entre muchos otros, es decir, que sólo se entenderá a través de la articulación de las características propias de cada sujeto respecto a cada uno de los sujetos. El proceso s/e/a es por tanto, —una estructura social y estructura de significado” (Menéndez, 2002).

En este proceso de atención a la enfermedad, existen varios elementos que lo componen. En estas prácticas terapéuticas confluyen elementos culturales, procesos de información, la toma de decisiones respecto al padecimiento y su resolución en donde se incluyen actividades de rehabilitación, prevención e incluso, promoción de la salud. Esto en varios niveles, tanto individuales como grupales y comunitarios, a veces también políticos, es decir, todas aquellas actividades relacionadas con el cuidado a la salud que están dentro y al margen de la biomedicina, profesional o no (Haro, 2000).

Este proceso de salud – enfermedad es una expresión de las condiciones de vida de los sujetos en donde se articulan procesos más complejos como los sociales, políticos, ecológicos y culturales. Y este proceso se organiza de acuerdo a diferentes momentos en

donde se evidencian de acuerdo a las relaciones tanto entre los mismos sujetos como con sus medios. Aquí se conjuntan prácticas o acciones individuales y las condiciones exteriores al sujeto (Castellanos, 1990). Es exactamente la estructura a la que se ciñe la alimentación en la diabetes: un proceso continuo y con sus relaciones a veces más presente que en otras.

La enfermedad en los pueblos indígenas

El estudio de la salud y enfermedad en los pueblos indígenas representa mayores retos, ya que es necesario comprender que su historia está marcada por elementos culturales muy fuertes y muchas veces diferentes a la sociedad llamada occidental o mundo moderno. Sadler y Obach, han visto que existen tensiones entre los patrones culturales “tradicionales” y las prácticas del “mundo moderno”. Entre esto, principalmente se encuentran las generaciones más jóvenes quienes se enfrentan a esta dicotomía entre los conceptos tanto de salud y enfermedad, como de las respuestas respecto a estos patrones culturales en tensión (Sadler y Obach, 2006). Estas tensiones se van resolviendo en cuanto toman elementos de cada una de acuerdo a su lógica, en tanto sean los beneficios y el valor asignados.

Por ejemplo, la diabetes es una enfermedad que pertenece a las denominadas “de doctor”. Esto, al menos, en los pueblos donde atienden algunas de sus enfermedades con otros modelos de atención, como los curanderos o hueseros. Lo que implica que hay distintas visiones para acercarse al proceso salud/enfermedad/atención, viéndolo como el sistema complejo que expresa relaciones entre diversos factores y tipos de medicina con nociones propias de la salud y la enfermedad.

Un estudio realizado con amuzgos migrantes de Oaxaca a Sonora registró trayectorias de atención en cuanto a la presencia de enfermedades y la forma de entenderlas y vivirlas considerando el contexto de movilidad e interculturalidad. En este estudio se menciona de forma muy breve algunos procesos alimentarios, por ejemplo, el uso de la soda como un “medicamento” para elevar la presión cuando se ha bajado. Sin embargo, se puede ver que están presentes e íntimamente relacionadas la forma de entender la enfermedad y entonces, actuar sobre ella (Cartwright, 2003).

Pocas investigaciones se han hecho sobre aspectos de salud de la población triqui en la migración, y aún menos, las que se enfocan a la alimentación. Como mencioné previamente, Mendoza (2006, 2011) realizó una investigación sobre esta población en la que comparó a los que migran al Distrito Federal y los que se quedan en la comunidad de Oaxaca en cuanto a percepciones y representaciones sobre la crianza de los hijos y sobre algunos aspectos de la reproducción. No obstante estas investigaciones, sigue siendo muy poca la información con la que se cuenta sobre los sujetos que deciden migrar y se establecen en el norte del país.

El grupo doméstico: los sujetos delimitados en un espacio social

Como unidad de análisis se concebirá al *grupo doméstico*, que será considerado como una de las formas sociales básicas a través de la cual se organizan las actividades productivas, que a su vez, son susceptibles de transformar las características fundamentales de esta forma básica, las cuales tienen que ser consideradas en función de la expansión capitalista y los procesos de dominación (Comas y Assier-Andrieu, 1988:12). Será visto como un

concepto analítico que prioriza la acción como producto de las representaciones y actos que pueden ser objeto de observación directa (Devillard, 1990:104).

Somos familia

Para la delimitación de estos grupos domésticos se consideraron los espacios compartidos, las actividades realizadas y las relaciones que ellos mismos establecen entre los miembros del pueblo triqui. Dentro del PMA, las relaciones *familiares* se amplían y se establecen relaciones de parentesco que no necesariamente implican lazos sanguíneos o legales, es decir, se construyen con las redes sociales que se entretajan en el lugar de llegada y se autodenominan o se eligen a personas triqui como miembros del mismo grupo doméstico. A algunos se les dice tíos, abuelitos, abuelitas, de manera que, las generaciones jóvenes, no saben en todos los casos si son o no parientes de sangre en realidad. Esto no es exclusivo del PMA, también sucede en otros lados de Sonora, como en Pesqueira. Por lo tanto, todos los sujetos triquis tienen familiares en el poblado ya sea por consanguineidad, como familia política o por elección.

El género ¿categoría o perspectiva?

El género es una categoría analítica que fue propuesta por la corriente feminista. De acuerdo con Marta Lamas (Lamas, 1999), este sistema de análisis permite estudiar la forma en que se han asignado los roles sociales en base a diferencias biológicas (entre el género y el sexo) en tanto a conceptualizaciones culturales y sociales para entender mejor la organización de grupos domésticos. Estos patrones de género refuerzan reglas y conductas normativas que al estudiarlo, permite visibilizar o al menos dar cuenta de esta organización en los grupos y las diferencias de poder.

Este enfoque o perspectiva de género, ha sido entendido, como una estructura cultural e ideológica construida en cada sociedad y que la determina y le da contenido a lo que es considerado socialmente como *lo masculino* y *lo femenino* (UNICEF, 2000, 10). Esta perspectiva busca visibilizar la organización social y cultural que está basada en las diferencias entre hombres y mujeres (a partir de las diferencias biológicas: el sexo) y critica las jerarquías y relaciones de poder que se cimentan en esto y que se encuentran implícitas y explícitas en todos los ámbitos de la sociedad.

Para Scott, el género denota las construcciones sociales y los orígenes de las identidades subjetivas. Este ha implicado un conjunto de posiciones teóricas y descripciones entre las relaciones de los sexos hombre y mujer. En las posiciones teóricas se teoriza sobre la naturaleza de los fenómenos o realidades, buscando comprender cómo y porqué adoptan la forma que tiene. Mientras que en las descripciones, sólo se plantea la existencia de fenómenos o realidades sin buscar una interpretación, explicación o atribución de casualidad (Scott, 1996).

En este trabajo, el género es una categoría cuya utilidad se hizo evidente durante el trabajo de campo. Los elementos relacionados con la categorización de los roles sociales en base al ser mujer u hombre resultaron presentes en muchos casos, más cuando se trataba de asuntos relacionados con *la cocina*. La preparación de los alimentos está designada a las mujeres, mientras que las decisiones importantes en casi todos los aspectos de la vida de las mujeres son tomadas por los hombres sólo por ser de este sexo. Entonces, al usar al género como una perspectiva, algunos de los elementos presentes en la relación comer/enfermar se evidencian más.

Percepciones

Todos los conceptos anteriores fueron retomados y reconstruidos a partir de sus percepciones. La *percepción* es un concepto que, aunque viene de las ciencias sociales, nace con un enfoque psicológico propuesto por la Gestalt. Aun así, la antropología médica ha retomado este concepto para darle voz a los sujetos estudiados. Se le ha ligado a aspectos fisiológicos, porque se le ve como un resultado de procesos corporales. Sin embargo, la Gestalt lo ha definido como la tendencia al orden mental que determina la entrada de información, y en segundo lugar, garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones (Oviedo, 2004).

En esta misma línea, Cubero concibe a la *percepción* como un proceso constructivo producto de la interacción entre el sujeto y su medio físico y cultural (Cubero, 2005). Esta investigadora realiza un recuento sobre estudios que se han enfocado a conocer las percepciones visuales y da cuenta de que todos estos se ven modificados por razones culturales ya que varían las tendencias de las respuestas dependiendo del medio o del origen de éstas personas. Entonces se cuestiona, si las personas “ven” las cosas de manera diferenciada por su cultura, en otros aspectos o cosas también deben verlos diferente.

Werthimer propuso ver a la percepción como un estado subjetivo, a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo o de hechos relevantes (cit. Oviedo, 2004). Estas percepciones toman forma, se clasifican de acuerdo a las características más similares y se contrastan unas con otras. Es así como este proceso de *percepción* se da a partir de las experiencias del y en el mundo exterior a través de un proceso interior para poder explicarse el mundo, o las situaciones del mundo.

Lazos y Paré estudian a las percepciones desde una mirada ambiental, no obstante, después de hacer una revisión sobre el tema de *percepciones* plantean que es una respuesta sensorial, una experiencia contextualizada que parte de un proceso cognitivo, en donde están las deducciones, construcciones e interpretaciones socialmente construidas por los individuos. Así también colectivizamos nuestras estructuras cognoscitivas mediante descripciones comunicadas. Aun así, nunca se llega a percibir el conjunto de una situación, sino que se categoriza selectivamente (Lazos y Paré, 2000, 18 - 25).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

En esta investigación, partí de una visión desde las Ciencias de la Salud, concretamente desde la Nutrición (por ser mi carrera de Licenciatura) y buscando enlazarlo con los aportes de las Ciencias Sociales. De manera que el enfoque resultó de tipo cualitativo, se insertó en los estudios socio-antropológicos y utilicé técnicas etnográficas. Consideré a la voz de los sujetos como la principal para construir y reconstruir las experiencias, procesos, estrategias, carreras, relaciones o dramas sociales (Menéndez, 2002). Sin embargo, las entrevistas realizadas se complementan con observación y referencias bibliográficas, estadísticas y visuales (como fotografías) con el fin de sustentar las ideas que se plasman aquí.

Realicé un estudio de caso conformado por cuatro grupos domésticos que pertenecen al pueblo indígena triqui y en donde uno de los jefes de familia padeciera diabetes diagnosticada biomédicamente. Me basé en el método etnográfico y al final logré realizar acercamientos de este tipo. Para la selección de los casos, opté por buscar dos grupos en donde fuera el padre el que padeciera y en los dos restantes fuera la madre. Con el paso de las entrevistas, fueron saltando resultados que indicaban que el género debía tener más peso en el trabajo, por lo que decidimos darle un lugar en los objetivos, es decir, ponerlo como

una vía para llegar a cumplir el objetivo principal y que permitiera vislumbrar las inequidades que aparecían.

Opté por los estudios de caso múltiples como parte de la metodología ya que estos son muy útiles cuando se busca conocer o profundizar sobre un tema a partir del conocimiento más específico de una selección de casos. De acuerdo con Stake, hay tres tipos de estudios de caso: el primero, intrínseco, que se busca por tener intereses particulares en ese caso específico. El segundo, de tipo instrumental, en el que se examina un caso particular para proveer pistas dentro de un aspecto o refinamiento de una teoría, el caso es de interés secundario. Y el tercero, colectivos, en el cual se tiene menos interés en un caso particular, se busca estudiar casos conjuntamente para investigar sobre un fenómeno, población o condición general, estos se escogen porque se cree que entendiéndolos llevará a un mejor conocimiento o teorizamiento de una colección de casos (Stake, 1994).

Este método permite acercarse al conocimiento de un tema específico con el fin de visibilizar relaciones que de otro modo podrían perderse de vista. Parte de una visión constructivista ya que se construye a partir de muchas descripciones narrativas de los sujetos investigados. Y se propone a la triangulación metodológica como una forma de validar los datos. Esta triangulación consiste en observación, entrevistas y revisión de documentos (Stake, 2005). En este caso, la triangulación teórica/metodológica que éste tipo de estudios requiere se ha logrado de dos formas: a través del discurso de los diferentes miembros de un grupo doméstico en torno a una misma situación y mediante el análisis de la información de acuerdo a conceptos, estudios relacionados y datos estadísticos.

Mi principal interés era conocer aspectos de la alimentación de los pueblos que migraban desde Oaxaca hacia Sonora. Y dentro de esto, conocer los cambios y el impacto en la identidad de estas personas. Pero fue hasta después de conocer un poco más sobre las diversas poblaciones que migran al estado de Sonora y posterior a explorar opciones y los lugares más viables para el desarrollo de la investigación, y tomé la decisión de quedarme en el Poblado Miguel Alemán. Varios aspectos llamaron mi atención sobre este lugar. Principalmente la gran mezcla, y a la vez separación, de personas con diversas procedencias pero que conviven ahí mismo. Luego, el oír sobre algo de las condiciones laborales (principalmente en los campos agrícolas) y de salud (insalubre) en que la mayoría han aprendido a vivir.

En un principio, había tres lugares posibles: Pesqueira, la ciudad de Hermosillo y el Poblado Miguel Alemán. Consideré realizarlo en las tres, pero esta idea fue desechada por el tiempo y los recursos que implicarían lograr los objetivos. Después, la idea comparativa respecto a los lugares fue sustituida por la comparación del género. Así que, de éstas, el Poblado Miguel Alemán tenía las mejores condiciones para desarrollar la investigación, en primera por el transporte y la vialidad, en segunda por los costos y en tercera por el interés personal.

Para tomar esta decisión de manera más definitiva, conocí a los posibles porteros¹⁵ en los tres lugares mencionados. En toda ocasión fueron muy abiertos y se mostraron dispuestos a ayudarme en este proceso. Aun así, donde fue más viable fue en el Poblado. Una pareja, Libertad y Leonardo, médico y trabajadora social triquis fueron quienes me abrieron las puertas de su casa y de la comunidad. Su presencia y apoyo resultaron fundamentales para

¹⁵ Con *porteros* me refiero a quienes en esta investigación me facilitaron el vínculo con la comunidad

el trabajo en campo. Su acompañamiento y presentación en las casas, las pláticas del lugar y de los proyectos, y sobre todo, los vasos de agua fresca que me ofrecían después de las visitas en las casas, porque *siendo verano en el poblado, es cuando mejor saben los hielos*.

Antes de llegar a ese punto de la investigación, mi contacto con miembros del pueblo triqui tuvo una trayectoria. La primera vez que estuve en una casa de ellos, fue en noviembre del 2012 en la ciudad de Hermosillo. El lector de mi tesis que vive en esta ciudad y cuyo trabajo está muy relacionado con las poblaciones indígenas me contactó y acompañó a ésta primera visita al líder de aquí. Desde este momento nos compartieron la cena y sus proyectos, y con su charla también iba conociendo que algunos de mis planteamientos teóricos no tenían lugar en su realidad. Con posterioridad a esta visita requerí horas y días de reflexión para realizar los ajustes. Después, mi directora de tesis me contactó con otro integrante a quien fuimos a visitar a Pesqueira. Ella es hija de uno de los líderes de allá, también ofreció su apoyo e interés hacia este proyecto. En ese momento ya tenía más dirección hacia lo que es ahora la investigación.

Una de las ideas más firmes que tenía, era que quería conocer la voz de varios integrantes de un grupo doméstico, no solo la de un representante. Así que una vez decidido el lugar y seleccionados los dos primeros grupos domésticos, empecé las entrevistas. La primera fue el 4 de marzo de 2013. Y los números de los casos fueron en el orden en que realicé las entrevistas. La última fue el 12 de septiembre del mismo año. La segunda etapa la empecé justamente con el inicio de las entrevistas en marzo, para en julio evaluar la información y en agosto analizarla. Después de este primer análisis encontré que faltaban algunos aspectos, así que en septiembre del mismo año regresé a charlar de nuevo.

A cada grupo le llevé una carta de presentación que El Colegio de Sonora me extendió (Anexo 3) en donde se agradecía la participación en el estudio, y las entregué. Sin embargo me encontré con que algunos no sabían leer. Así que se las leí, se las proporcioné y les sugerí que si ocupaban mirarla de nuevo, le pidieran a alguno de sus hijos o hijas que se las leyera, y si estaban de acuerdo, procedíamos con las entrevistas. Solicité su permiso de grabarlos y lo reafirmé en cuanto empecé la grabación. También me encontré con una realidad que no es ajena a los grupos migrantes: personas quienes no cuentan con ningún papel ni documento oficial de identificación que contenga firma o nombre.

Las entrevistas las inicié con el padre o madre del grupo doméstico quien padecía la enfermedad. Después, y como sucedía la mayoría de las veces, en las casas siempre habían varios miembros. A veces platicaba sólo con la madre, o el padre o alguna hija y en otras ocasiones, con varios a la vez. Con los hijos tuve menos contacto que con las hijas, éstos por lo general se encontraban fuera de la casa jugando y corriendo, o en la escuela, mientras que a las hijas me fue más fácil encontrarlas en sus casas, aunque hay algunas que van a la escuela y otras a trabajar.

También hacía observación en los alrededores antes y después de llegar a las casas. Principalmente me fijaba en las tiendas y puestos de alimentos. Fui a visitar a las que iban surgiendo en las pláticas, ahí realicé observación y notas de campo. Tomé fotografías en varios puntos del Poblado y dentro de las casas también. Una estrategia que me permitió acercarme un poco más a los grupos domésticos, fue el impacto de las fotografías, ya que les fotografié a ellos y en mi siguiente visita se las regresaba impresas. Les gustaron mucho, todos las querían ver y se identificaban en las imágenes. Hubo un momento en que

pensaron que se las iba a vender pero les aclaré que era una forma de agradecerles su disposición de conversar conmigo.

Después de varias entrevistas con los grupos domésticos, y ante la constante mención del centro de salud, regresé para hablar con el personal de ahí. Realicé una guía de entrevista para los trabajadores de salud (se puede consultar en el Anexo 1.2) Conseguí entrevistar a dos médicos y a la promotora de salud encargada de los grupos de ayuda de “diabéticos e hipertensos”. Hay una nutrióloga en este centro, pero no logré entrevistarme con ella. Las notas y observaciones realizadas en diversos momentos, están incluidas en la construcción de esta tesis. El platicar con ellos me ayudó a entender algunas situaciones a las que se enfrentan también, aunque esto fue de manera superficial por los objetivos de esta tesis.

Después de escuchar las entrevistas me iban surgiendo algunas dudas. Desafortunadamente no todas las pude responder, algunas me surgieron durante o después del análisis, otras, a pesar de regresar me encontré con que había iniciado la temporada de los campos (o sea, temporadas de trabajo), o que los hijos o hijas estaban en la escuela, o situaciones especiales como la cuarentena de una de las mujeres. Y otras veces, ya no era posible rescatar la misma línea o sentido de la duda que me surgía. Otras dudas sí las pude responder, les preguntaba y respondían cosas que no había dicho o explicaban el porqué de sus respuestas anteriores. Esto respecto a algunas situaciones inherentes a las actividades humanas. Pero si hablamos de barreras para las entrevistas, el lenguaje definitivamente representó la mayor de éstas.

Si pensamos en las diferencias que existen en el lenguaje cuando convivimos con personas que son de diferente región a la nuestra, aun en el mismo país y del mismo idioma, nos

siguen sorprendiendo las variables en el uso de ciertas palabras o la existencia de expresiones desconocidas (regionalismos o neologismos). O incluso, las formas de hablar de los jóvenes al comparar con los adultos mayores o las divergencias entre los diversos gremios. En estas situaciones, no siempre llegamos a comprender completamente su significado, en otras suelen ser hasta graciosos los usos o sonidos de las palabras. Al trasladarlo a esta investigación me encuentro con todas las diferencias anteriores sumadas a que es una lengua completamente desconocida y con una cosmovisión también ajena a mí.

Cuando intenté hablar o decir algunas palabras en triqui, les causaba risa mi forma de hacerlo. Se notaba mi desconocimiento de su lengua. Esto mismo les pasaba a algunos miembros más jóvenes de los grupos domésticos cuando intentaban hablar triqui. Y aunque entre ellos decían que ya no ~~“pueden”~~, se podían ver en otras partes del discurso un deseo implícito de abandonar la lengua justo porque se ha vuelto una marca de exclusión o que les implica barreras en varios ámbitos de la sociedad. Dado que todo su nuevo entorno se expresa en español.

Entonces, la barrera idiomática y el conflicto de los símbolos en común me dificultaron la construcción de información en campo, esto era a veces frustrante, a veces un reto. Estas situaciones me ayudaron para entenderlos mejor y por algunos momentos viví a lo que ellos se enfrentan constantemente, es decir, desde que en y escuchan la televisión o bien cuando van al centro de salud, ellos y ellas experimentan un desconcierto de los símbolos y significados de algo tan importante y básico como lo es el lenguaje. Esto me causaba una sensación de impotencia al saber que algo está ocurriendo alrededor y no saber cómo interpretarlo, de escuchar voces y tener que recurrir a los ademanes u otros símbolos para tener idea de lo que se dice y para poder transmitir o preguntar lo que quería decir o saber.

Los momentos de silencio y las risas por no entendernos se hacían presentes. Así que para superar un poco las barreras del lenguaje, tuve la colaboración de dos personas quienes hicieron la labor de intérpretes en las ocasiones en que era demasiado complicado entendernos, Libertad y Natalia¹⁶. Los hijos o hijas también nos ayudaban a conversar, pero algunas veces, teníamos que platicar de acuerdo a nuestras posibilidades. Entonces comprendí que para acercarme a entender un poco más sobre el significado de sus discursos, el primer paso era conocer las historias y formas de vida de quienes hablaban.

El análisis de toda la información de campo lo realicé con apoyo del programa Atlas.ti v5.2. Aquí vacié la información en una misma unidad hermenéutica donde quedaron seis grandes archivos (los cuatro casos, lo referente al Poblado y lo del Centro de Salud). Codifiqué la información obteniendo 739 códigos, los cuales clasifiqué manualmente en esquemas de acuerdo al eje de investigación: la alimentación y enfermedad. En un primer análisis, éstos códigos quedaron agrupados en los 10 temas centrales siguientes: características de los grupos domésticos, la vida en el Poblado Miguel Alemán, aspectos de la identidad triqui, comida, el grupo doméstico y la enfermedad, alimentos y bebidas, centro de salud, la cocina, migración y otros que no encajaban en los anteriores o tenían poca importancia para el eje de la investigación.

La clasificación de esta información pudo haber sido de muchas maneras, pero los hice considerando los objetivos y organizando la información en base a su relevancia con el tema. Así, algunas cosas empezaron a quedar fuera. Los esquemas hechos a mano me sirvieron para organizar mejor y más rápido la información que tenía en electrónico. Al ir

¹⁶ Libertad es trabajadora social y esposa de médico (que como señalé, fue una de mis porteras) y, Natalia es la nuera de una de las mujeres entrevistadas.

codificando y realizando los esquemas me surgían ideas que llamo “*Memos*”¹⁷. Guardé unos en Atlas.ti y otros más en papel, luego los concentré para clasificarlos en conclusiones de capítulos o generales, o si no tenían relevancia en el tema, los deseché. Después de este análisis, proseguí con la redacción de los resultados.

De cada grupo doméstico identifiqué a la persona con diabetes como EGO. En antropología es la denominación utilizada para que a partir de una persona, se establezcan las relaciones de parentesco y desde el cual se consideran los vínculos. Por eso en el texto se nombrará a los padres y madres con diabetes como EGO 1, EGO 2, EGO 3 y EGO 4 en función del número de caso al que pertenezca. Y para expresar gráficamente a estos grupos elaboré unos familiogramas con apoyo del programa GenoPro. Los planos de las casas fueron elaborados con la colaboración de un arquitecto.

CAPÍTULO 3. El lugar, la vida de 4 grupos domésticos en el Poblado Miguel Alemán

A manera de contextualización, conocer el lugar, su historia, cómo ha crecido, de qué vive la gente que lo habita, cuáles son las principales problemáticas y cómo es la vida en este lugar fue parte del estudio de caso. La gente habita ahí con sus dificultades, logros, pesares y alegrías, compartidas en el marco de la vida en grupos domésticos y ante la presencia de una enfermedad (o varias). Todo lo que sigue, converge en este espacio políticamente llamado Miguel Alemán, mejor conocido como el Poblado Miguel Alemán.

¹⁷ Los *memos* son notas o ideas que van surgiendo en el proceso y que sirven de guías para la presentación de las conclusiones y a manera de hallazgos



Imagen 1 Entrada al PMA
Fuente: propia

¿Dónde está y cómo es el lugar?

El Poblado Miguel Alemán (PMA en adelante) se ubica a 65 km de la cabecera municipal que es Hermosillo. Se encuentra a la orilla de la carretera que va a Bahía de Kino, un lugar turístico y muy visitado en época vacacional tanto por locales como extranjeros. A la orilla de esta carretera se pueden observar campos agrícolas que son la principal fuente de trabajo de los habitantes del lugar. A lo largo del año se pueden ir viendo los cambios en el paisaje de acuerdo a la temporada de las frutas y verduras que ahí cultivan, desde las calabazas y kabochas¹⁸ hasta las uvas y naranjos. También entre los campos, hay terrenos con abundantes saguaros¹⁹ que adornan el paisaje. En algunas partes del suelo se pueden observar los rastros de la salinización, lo cual no siempre resulta favorable para las cosechas.

¹⁸ Son un tipo de calabaza

¹⁹ Es una planta, un cactus en forma de columna que llega a alcanzar los 12 metros de altura y es típico del Desierto de Sonora



Mapa 1 Mapa de Sonora, SCINCE INEGI
Fuente: SCINCE, INEGI 2010

La carretera que atraviesa al Poblado está pavimentada, igual que las calles principales del lugar. Al adentrarse un poco más, las diferencias entre vivir a la orilla y vivir en las invasiones²⁰ se empiezan a notar más. Las consecuencias de que las calles no están pavimentadas se evidencian cuando aumenta el viento y se hacen entonces las tormentas de polvo. Durante estas tormentas, la visibilidad se acorta, la basura vuela y el polvo se adhiere con fuerza al cuerpo y a la ropa, más cuando es verano y el sudor es inevitable. En otras ocasiones, se dejan ver nubes que parecen polvo, pero éstas son más estáticas y pequeñas, y no es polvo sino fertilizantes y químicos usados en los campos.

²⁰ Son aquellos terrenos habitados de manera ilegal o por acuerdos no oficiales

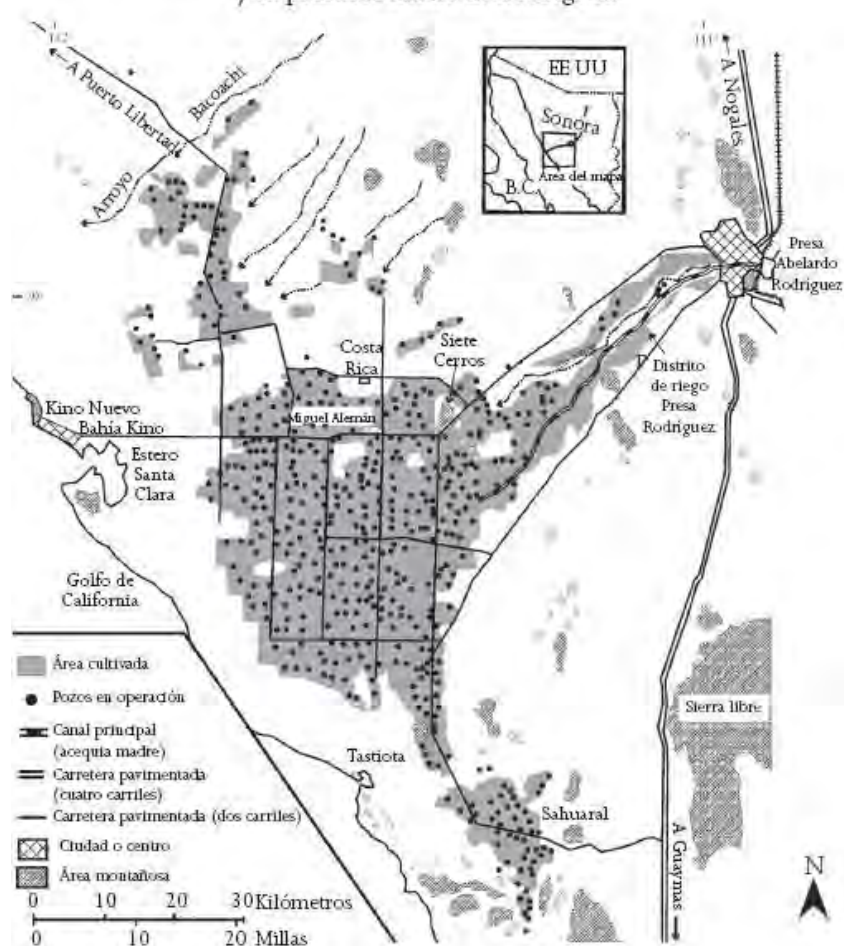


Ilustración 1 Vista del Poblado Miguel Alemán en una tormenta de polvo
Fuente: propia

El río que corre más cercano al Poblado, es el Río Sonora. Los mantos acuíferos subterráneos son la fuente de riego y de uso, aunque actualmente se encuentran sobreexplotados (mapa 2). Los animales domésticos que se pueden encontrar son perros, gatos, aves, ganado vacuno y porcino. Los animales silvestres que existen son liebres, coyotes, venados, zorrillos, víboras, lagartijas y sapos. Y entre la fauna nociva que representan problemas de salud pública, están el alacrán, la viuda negra, las abejas, los mosquitos y las garrapatas (SEDESOL, 2011). De este último grupo de animales y las enfermedades que transmiten, es sobre lo que les hablan a los estudiantes en sus escuelas.

Figura 1

Distritos de irrigación de la Costa de Hermosillo
y la presa Abelardo L. Rodríguez



Fuente: Moreno (2006).

Mapa 2 Distritos de irrigación de la Costa de Hermosillo y la presa Abelardo Rodríguez, Fuente Moreno, 2006

Los pobladores

Los registros más antiguos que se tienen del Poblado son de 1920, cuando los primeros pobladores de origen mayoritariamente yaqui, comenzaron a instalarse. En este primer instante se dedicaban a la agricultura y a la ganadería, pero fue hasta 1949 cuando el lugar quedó constituido como “Distrito de colonización Miguel Alemán y Valdés”. A partir de este momento se impulsó con tecnología más avanzada, el desarrollo de la agricultura, lo

que propició un aumento en el flujo de migrantes de todas las regiones del país, principalmente del sur (SEDESOL, 2011).

Para el 2010, se reportaron 30, 869 habitantes, de los cuales el 51.8% eran hombres y el resto mujeres, el promedio de edad está entre los 25 y 26 años. Desde sus inicios, el incremento de la población ha sido constante y ha ido al ritmo con las necesidades de los campos. El promedio de hijos/as es de 2.77 por cada mujer mayor de 12 años, aunque el principal aumento demográfico se debe a las migraciones. En su mayoría, las migraciones son nacionales y provienen de los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla y Veracruz (íbid). Le siguen los procedentes de Sinaloa, Edo. de México, Nayarit, Guanajuato, D.F., Chihuahua y Morelos; y en menor medida, de Sonora (Harmon y Frías, 2006).

De los pobladores triqui, Don Tomás fue uno de los más y mejores conocidos, en su honor le pusieron su nombre a una escuela. Las redes entre migrantes se fueron estableciendo poco a poco hasta que, como ahora, están más consolidadas. Fueron promovidas por los empresarios quienes vieron en la población de comunidades pequeñas de los estados del centro y sur del país, una mano de obra barata y eficiente. Así que mandan camionetas o camiones para ir por los que quieran trabajar en el norte. En un principio eran únicamente los hombres triqui quienes migraban, en su mayoría a Ensenada y con el fin de pasar a los Estados Unidos, sin embargo, encontraron en los campos una fuente viable para subsistir mientras pasaban, aunque ese mientras, muchas veces se convierte en el resto de sus vidas.

En el Poblado, como en otras comunidades, los niños y niñas se ven jugando en las calles o caminando para ir a hacer algún ~~mandado~~ mandado”. Se ven yendo solos a las escuelas con sus grandes mochilas y regresando solos también, a veces acompañados por los hermanos/as o

vecinos/as mayores y a veces por las madres. Es esta hora de regreso a sus casas cuando aprovechan para comprar dulces o alimentos que les venden afuera de las escuelas, nieves o papas, dulce o salado. Los señores también al regresar de sus trabajos pasan a comprar las tortillas o las sodas, van con la cabeza cubierta por el sol y su mochila con sus lonches. Al final del día y después de una larga jornada de trabajo llegan a sus casas, en donde está todo listo para compartir los alimentos.

Por la alta afluencia migratoria, el idioma también resulta un “problema”. En las escuelas por ejemplo, no en todas se les imparten clases en triqui, a pesar de que hay algunas que se denominan como escuelas indígenas, la amplia diversidad de etnias en el lugar de la entidad y de fuera de ella, provoca que la educación sea en castellano. También porque no todos los maestros o el personal que labora ahí conocen las diversas lenguas, por lo general una más que el español. Aquí confluyen los locales, niños migrantes de retorno y pobladores migrantes principalmente de Oaxaca, además la zona, barrio o colonia es habitada principalmente por triquis, pero no son los únicos. Los zapotecos y mixtecos también tienen presencia en estas unidades educativas, esto representa un reto para las instituciones, retos que casi nunca se cumplen. Así que comparto una reflexión de Stavenhagen “¿De qué sirve tener el derecho a usar su propia lengua si no hay escuelas o medios de comunicación para ello?” (Stavenhagen, 2006).

A lo anterior le agregaría, que tampoco hay instituciones de salud que se ofrezcan en su lengua. El idioma entonces, por ser una característica importante de su identidad, ¿qué implica que dentro del mismo grupo doméstico haya generaciones que ya no lo hablen? Si *ser triqui* está estrechamente relacionado con el *hablar triqui*, entonces ¿qué pasará con las generaciones venideras? O ¿qué otros elementos de la identidad se usarán para auto-

identificarse como triquis? ¿Será similar el rechazar el habla a rechazar ciertos aspectos de la alimentación como parte de los elementos diferenciales de la identidad?

La economía

La principal fuente de trabajo del Poblado son justamente los campos agrícolas. Los campos se caracterizan por la producción intensiva de cultivos comerciales de exportación, como hortalizas y frutas, siendo sus principales mercados Estados Unidos y Europa. Esta es el principal motivo por el cual las personas migran hacia aquí. Esto a pesar de que el trabajo que representan estos de campos es por periodos relativamente cortos, a veces hay y a veces no, la paga es poca considerando las actividades y las condiciones en que se desempeñan.

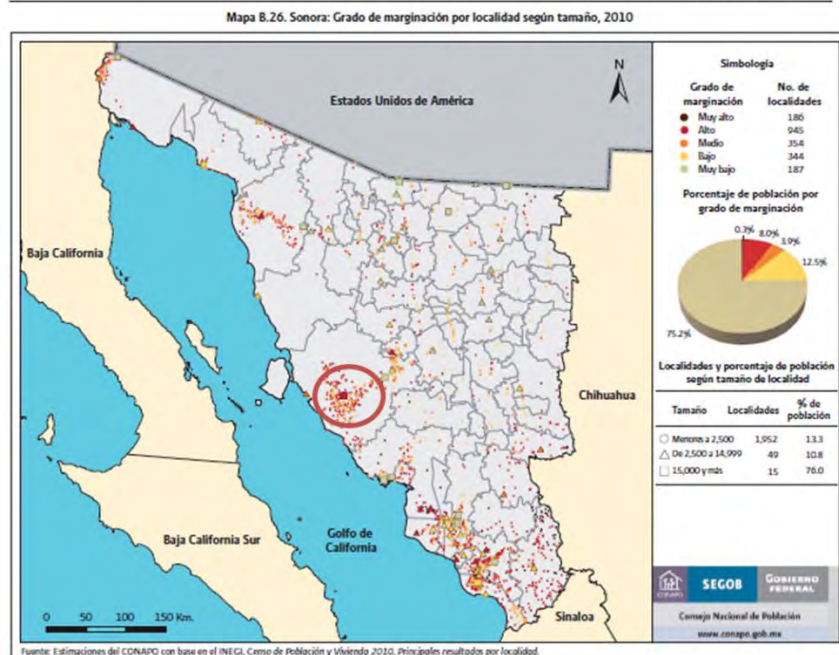
La eventualidad del trabajo y del ingreso fue uno de los principales problemas que señalan los grupos domésticos triqui, porque “a veces hay y a veces no” mientras que el comer es una actividad diaria. Cuando hay..., la paga es de 160 pesos al día, es decir entre dos y tres salarios mínimos. Con una rutina que implica levantarse a las 4 am para regresar a las 5 o 7 pm, dependiendo de la cosecha. Aunque se han adaptado a este tipo de vida, hay periodos en donde se tienen que recortar gastos, y cuando se trata de esto, lo primero que generalmente se sacrifica es la comida, ya sea en calidad o cantidad. Estas condiciones económicas tan precarias de muchos de los habitantes se traducen en problemas alimentarios, como la anemia y desnutrición o contradictoriamente, la obesidad y las enfermedades crónicas.

Según el INEGI, la población económicamente activa (PEA) del Poblado contabilizada a partir de los 12 años dice que el 57.1% están ya insertos en el sector laboral. De esta población, el 70% son hombres, y el 30% mujeres. Y de aquellos que son dependientes, el

25% son hombres y el 65% son mujeres (INEGI, 2010). Aunque en la realidad, muchas veces los niños y las niñas menores de 12 años son también una fuerza económica importante para los campos, aunque también es común ver a niños pidiendo dinero afuera de las tiendas. Estas cifras nos empiezan a decir que la mayoría de los que trabaja son hombres, por tanto, hay más mujeres económicamente dependientes. Aunque resulta interesante saber si de aquellas mujeres que se reportan como dependientes en realidad no aportan económicamente o si es una forma de invisibilizar el trabajo de las mujeres no sólo el del hogar sino el de actividades complementarias como vender diversos productos.

Condiciones sociales

Según la CONAPO, el Poblado se encuentra dentro del 8% de las localidades de Sonora con alto índice de marginación. La marginación es una situación social en donde las personas se encuentran en desventaja y sufren la discriminación, son aquellos grupos que no están completamente integrados en los sistemas. Esta exclusión está relacionada con la condición de pobreza. Así, en el siguiente mapa podemos ver que de los cinco tipos que se han establecido, el Poblado se encuentra en la segunda.



Mapa 3 Grado de marginación por localidad según tamaño. Fuente: CONAPO, 2010

De acuerdo a las percepciones de los sujetos entrevistados, resultó interesante que en algunos casos reconocían que la seguridad era una problemática del lugar. Mientras que, para otros, el llegar aquí les resultó un lugar con menor violencia al compararlo con la situación vivida en su lugar natal y que a veces formó parte de los motivos para abandonar Oaxaca. En los cuatro casos mencionaron a los asesinatos de familiares y a la violencia como motivos para emigrar de Oaxaca, aunque la búsqueda de una mejoría económica y laboral fueron los principales.

El uso de drogas como la mariguana se hace de manera pública en el Poblado, en grupos de hombres jóvenes, a veces niños también, ya sea en el parque o en las esquinas. Las patrullas se dejan ver en ocasiones, aunque los habitantes me decían que cuando se les habla para atender algún problema nunca acuden. También resultó un problema la existencia de aquellos a quienes les llaman los “eholos”. A ellos se les conoce por asaltar, robar tiendas o negocios y se les reconoce por su forma de vestir y de actuar. En ocasiones, llegan a negar

el paso en calles donde ellos están instalados, amenazan a cualquier persona que afecte a sus intereses y están al pendiente de quienes transitan por ~~sus~~” calles.

Los problemas de alcoholismo también son frecuentes. Entre las tiendas y los camiones de productos empaquetados y envasados, los referentes a la cerveza abundan. Es también muy común ver a indigentes y sujetos, generalmente hombres, en las calles tomando o en el suelo por tomar ~~de~~ más”. Los grupos de alcohólicos anónimos son pocos y están saturados, al menos esos consideran, es decir, que el problema supera a las soluciones posibles. Las mujeres también suelen consumir alcohol, aunque es más común cuando son festividades, en días cotidianos no.

Como parte de su organización característica, aún conservan una Autoridad Tradicional Triqui, en donde un consejo de ancianos (mayoritariamente hombres) se reúne en la Agencia Triqui dependiendo de los acuerdos realizados en asambleas. Aquí tratan los conflictos que aquejan a los habitantes del pueblo Triqui que viven en el Poblado. Se reúnen periódicamente entre ellos y en ocasiones involucran a la Comisaría o a Instituciones que pueden brindarles apoyo para establecer vínculos y llevar a cabo programas de desarrollo que les beneficien.

El empleo, el uso de recursos naturales como la disponibilidad de agua o luz y la inseguridad con la que viven, el aumento de consumo de drogas y alcohol, así como los actos de violencia, son algunos de los temas centrales que se hablan y de los cuales se buscan soluciones. Aunque cuando se trata del empoderamiento de las mujeres o de la defensa de sus derechos, se trata de acallar a quien lo denuncia a veces hasta con amenazas. Las pocas mujeres que deciden buscar soluciones o redes de apoyo pueden ser exiliadas de

las comunidades o amenazadas de muerte. Mujeres como Libertad, en el Poblado, o como Marta en el libro de *La historia de Marta* (París-Pombo, 2006), son testigos de estas situaciones y de las dificultades culturales y sociales para la defensa de derechos tales como el de tener una vida libre de violencia.

Salud

En lo que respecta a la salud, de acuerdo al INEGI (INEGI, 2011) Sonora ocupa el noveno lugar nacional en cuanto a recursos humanos, el vigésimo cuarto respecto a los recursos físicos, el décimo tercero en servicios de atención a usuarios por cada mil habitantes. La muerte por diabetes mellitus representa el 10.8% de las muertes respecto al total de muertes a nivel nacional (INEGI, 2011).

Haro (Haro, 2007) ha documentado la situación especialmente de los trabajadores agrícolas de los campos de uva. Este autor expone que las condiciones de salud en las que se encuentran se ven afectadas por varios procesos, principalmente por el de la globalización. El cual favorece el aumento del comercio de mercancías lo que ha disminuido el consumo de productos locales y finalmente, porque busca homogeneizar las culturas. Esto, sumado a que los flujos migratorios colocan a los sujetos en situaciones de desventaja al no tener cobertura de los servicios de salud. El aumento en la mercantilización de productos para la salud y la cada vez más común privatización de estos servicios van excluyendo a quienes tienen menos poder adquisitivo.

Asimismo, las nuevas condiciones laborales en donde hay mayor competitividad, el deterioro ambiental, el incremento poblacional y las menores opciones laborales a veces logran que se terminen mal pagando y sobreexplotando a los sujetos en los empleos. Este es

el caso de los campos agrícolas del norte del país. La migración deja desprotegida a las personas de los servicios de salud, los cambios de regiones traen variaciones en la atención, las barreras lingüísticas impiden el acercamiento a estas instancias. Los costos de la atención son muy altos para la mayoría de los jornaleros, especialmente para aquellos que no tienen documentos de identificación y no pueden integrarse a los programas gubernamentales.

Los casos

De todos los grupos domésticos, seleccioné cuatro casos para el estudio de la alimentación en la situación de cuando algún padre o madre presenta diabetes. Como mencioné previamente, dos en donde fueran las mujeres (madres) quienes la padecieran, y los otros dos en donde fueran hombres (padres) con fines comparativos. Y éstos son los sujetos que me abrieron las puertas de sus casas, de sus cocinas y de una parte de sus vidas. En el siguiente cuadro presento una ficha de identificación que permite comparar los aspectos generales de estos casos.

Tabla 1 Ficha de identificación comparativa de los casos

Fuente: elaboración propia

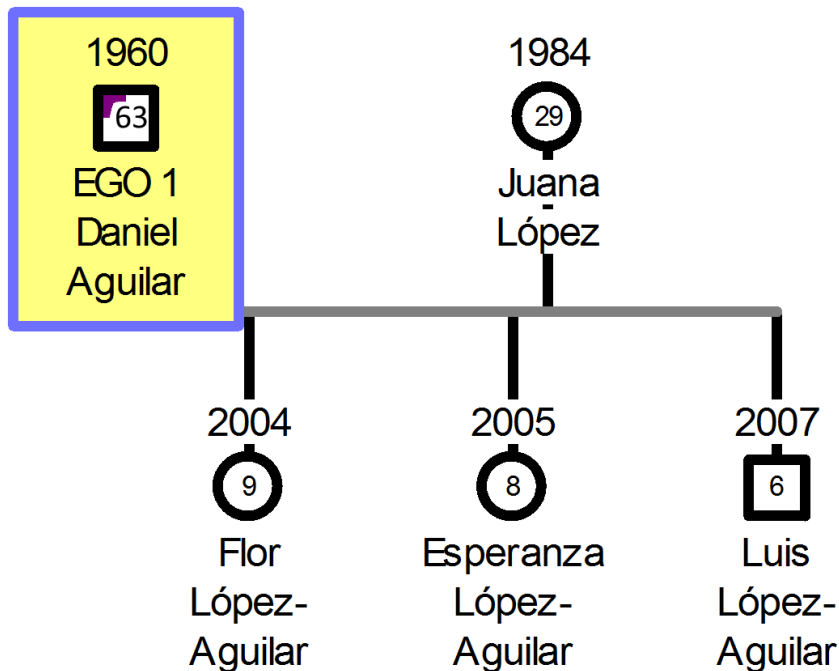
INDICADORES	CASOS			
	1	2	3	4
No. De integrantes	5	12	6	6
No. De cuartos	2	3	3	4
No. De cuartos para dormir	1	2	1	2
No. De mujeres	3	9	2	1
No. De hombres	2	3	4	5
Persona con diabetes	Padre	Padre	Madre	Madre
No. De miembros económicamente activos	2	5	3	2
No. De hablantes triqui	5	4	4	2

Con estos datos podemos hablar de que estos cuatro grupos domésticos viven en condiciones de hacinamiento de acuerdo al indicador del INEGI que habla de que más de tres personas por habitación es hacinamiento. En el caso 1 hay cinco habitantes por dormitorio, en el caso 2 hay seis igual que en el caso 3 y en el caso 4 hay tres. A continuación hago una descripción más detallada de cada uno de los casos.

Caso 1: Daniel Aguilar

En el grupo doméstico del Caso 1 viven cinco integrantes²¹ en el hogar. Está compuesta por el padre, la madre, dos hijas y el hijo menor. Su solar tiene dos cuartos grandes y terreno alrededor de la construcción, tanto delante de la casa como detrás. El baño está aparte en el patio. La cocina está dividida en dos partes, una fuera y otra dentro de la casa en el mismo cuarto donde duermen todos. Tanto la madre como el padre aportan económicamente, aunque las actividades y formas de obtener los recursos son diferentes. Las dos niñas y el niño van a la escuela y realizan algunas actividades dentro del hogar, aunque como se verá más adelante, esto también varía de acuerdo a las diferencias de edad y su sexo.

²¹ En ningún caso el número de integrantes que menciono es el número total de la familia, sin embargo, delimito este número a los sujetos que viven en el mismo solar y que se consideran parte de un mismo grupo doméstico.



Esquema 1 Familiograma Caso 1
Fuente: Elaboración propia

En este familiograma del Caso 1 podemos observar a Daniel a quien nombraremos como EGO1. Él tuvo un matrimonio anterior, pero actualmente se encuentra casado y viviendo en casa con Juana, con quien tiene dos hijas y un hijo: Flor, Esperanza y Luis, el menor. Juana migró con su mamá y sus tíos a trabajar a los campos de nuez y terminaron por establecerse en el PMA. Daniel migró con sus familiares y llegó a Ensenada donde tuvo una familia y después fue llamado al Poblado donde conoció a Juana y pidió casarse con ella. De esto tiene diez años. Ninguno fue a la escuela y Daniel ha aprendido a leer. Sus tres infantes van actualmente a la escuela y han aprendido el triqui y español con fluidez.

Tabla 2 Ficha de descriptiva Caso 1

INTEGRANTES	PADRE	MADRE	HIJO/A 1	HIJO/A 2	HIJO/A 3
Padece DMII	x				
Sexo	H	M	M	M	H
Edad	53	29	9	8	6
Ocupación	Empleado de gobierno y Líder	Hogar y vende tamales	Estudiante	Estudiante	Estudiante
Sabe leer	Sí	Poquito	Sí	No	No
Sabe escribir	No	Poquito	No	No	No
Realiza labores relacionados a la cocina	No	Sí	Sí	Sí	No
Hablante Triqui	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Estado civil	Unión libre		Soltero/a	Soltero/a	Soltero/a
Tiempo de estar casado/a	10 años		-	-	-
Escolaridad	No estudió	No estudió	4to de primaria	2do de primaria	1ero de primaria
No. De estados en los que ha vivido	3	2	1	1	1
Tiempo de residir en el Poblado Miguel Alemán (en años)	10	12	9	8	6
Aporta económicamente	Sí	Sí	No	No	No
Lugar de Nacimiento	OAX	OAX	HMO	HMO	HMO

Fuente: Elaboración propia

Daniel llegó al PMA hace 10 años. Él es líder de una parte del pueblo triqui, así que por motivos relacionados a su ocupación, le asignaron algunos casos para resolver y llegó aquí. Conoció a su futura esposa, pidió a su madre el permiso para casarse con Juana y se celebró la unión. Una de las condiciones fue que Daniel cambiara su religión, él accedió y actualmente es Pastor de esta Iglesia. Ella dice que es raro que él sea tan mayor, pero que ya se está acostumbrando. Ambos se consideran un grupo doméstico estable sin problemas fuertes. Juana no habla mucho el español, y lo entiende poco también. Flor es quien le traduce cuando es necesario. El señor Daniel habla un español muy fluido, su ocupación le ha exigido más práctica.

La casa del Caso 1 está ubicada en una calle sin pavimentar, lo que hace que el polvo sea aún mayor cuando hace viento y no llueve (lo cual es cotidiano). Desde el exterior se ven unas maderas y rejas que delimitan el solar. A la entrada tienen el lavadero para lavar la ropa, los trastes, las manos y los alimentos. Tienen un pequeño árbol que, en el verano, ayuda a tener un pedacito de sombra. Ahí es un lugar cómodo y fresco para platicar, comer o sólo estar en la mayor parte del año y del día. Aquí se llevaron a cabo la mayoría de las entrevistas. La música de los vecinos se escucha en toda la calle, así los diferentes estilos compiten por escucharse más fuerte entre los gallos y las demás canciones.

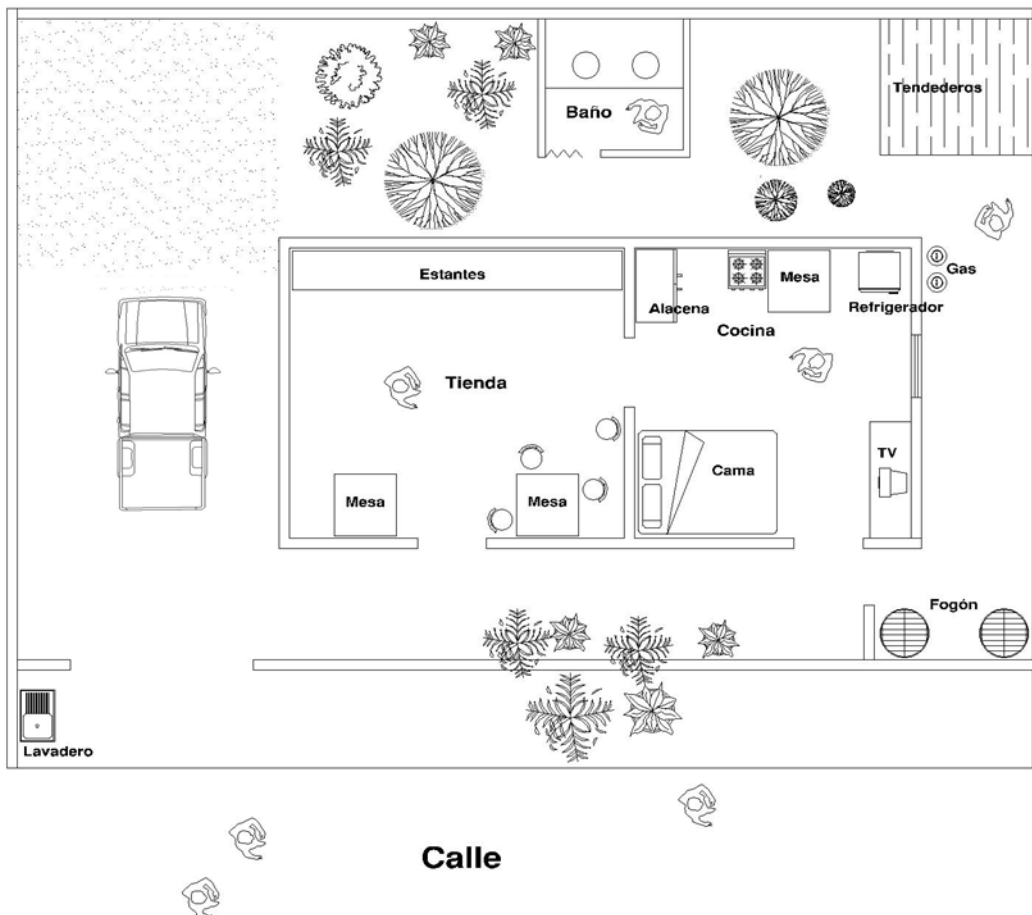


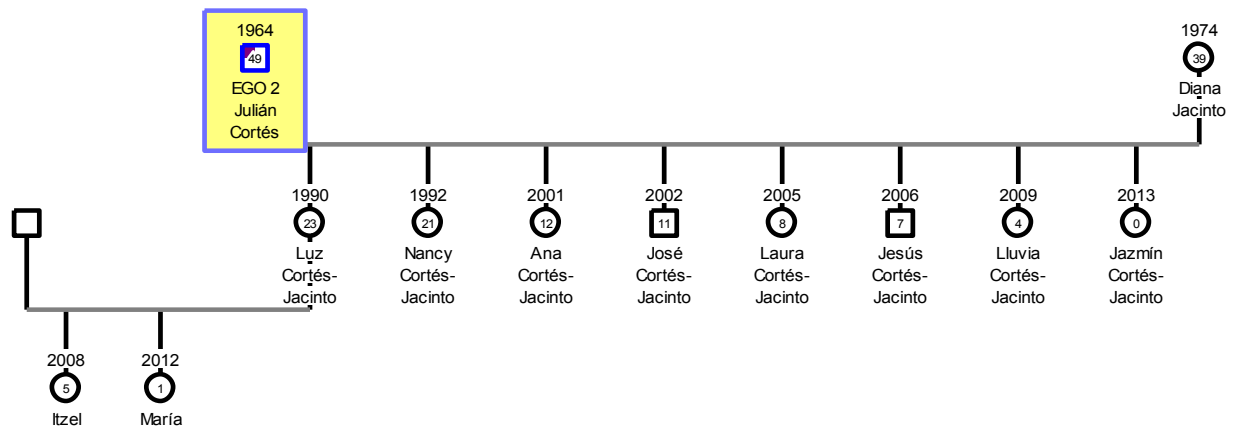
Ilustración 2 Plano de casa Caso 1
Fuente: Propia, Elaborado por Oscar Viayra Alcántara

La casa tiene piso de cemento, el cual se hizo con la ayuda del programa Piso Firme. Tienen dos cuartos con techo de concreto, un baño con piso de concreto y techo de lámina, y un espacio para el fogón donde las paredes son de lámina y no tiene techo. Duermen los cinco en un cuarto donde tienen una cama y funciona como cocina ya que guardan los trastes, el refrigerador y la estufa. Fuera tienen un tambo y un fogón donde cocinan lo que ocupa más tiempo, como los frijoles, los caldos o las tortillas. La leña la guardan en el patio junto al baño y el tendedero. La hierbabuena, el cilantro, el limón, la hierba santa y la moringa también tienen su espacio reservado, están tanto adelante como atrás del solar. El otro cuarto es una tienda de abarrotes, ocasionalmente hacen y venden piñatas (como parte de un programa). Este cuarto Daniel también lo utiliza como oficina, algunas juntas con sus colegas tienen lugar ahí y atiende las quejas de sus compañeros triqui. Este espacio le sirve a Daniel para desempeñar su función de líder.

Caso 2: Julián Cortés

El grupo doméstico siguiente, denominado Caso 2 está compuesto por 12 integrantes²². Los padres, los hijos e hijas y los nietos/as son quienes viven aquí. Habitan y duermen distribuidos en dos cuartos, con una cama cada uno y cuentan con un baño para todos. Julián y Diana tienen 8 hijos/as, Luz, su hija tiene 2 niñas. Sólo cuatro de todos los que viven aquí aportan económicamente al grupo, y su fuente principal de ingresos son los campos agrícolas. Algunos de ellos no tienen actas de nacimiento, nunca las tramitaron. Esto hizo que las edades resultaran confusas, recibí hasta tres cifras diferentes de la edad de los miembros, así que me fié más de los datos de Diana.

²² En este solar viven 13 personas, el yerno es a quien omito en la investigación por su poca participación en aspectos del grupo y por su difícil localización en su hogar.



Esquema 2 Familiograma Caso 2
Fuente: Elaboración propia

Sólo cuatro van a la escuela actualmente, tres en primaria y una en preescolar. A Ana ya le dijeron sus padres que una vez llegando a sexto de primaria no irá más, porque tienen miedo de que se fugue con algún novio. A Laura no le dieron la oportunidad de entrar a la escuela por lo mismo, ella no sabe leer ni escribir, se dedica a labores del hogar. Luz está casada y vive con su marido y sus dos hijas en uno de los cuartos. José y Jesús van a la escuela y seguido se les ve jugando en el parque de enfrente, cuando es tiempo de calor se meten en los pocos charcos que hay. Lluvia es muy platicadora aunque tiene pocos años y desde ya se le notan sus ganas de ir a la escuela, su problema, dicen sus papás, es que come mucho, aunque la diagnosticaron con anemia.

En este periodo me tocó la llegada de Jazmín a sus vidas. El parto se complicó por un error o malentendido con el personal médico de acuerdo con la apreciación de la señora Diana ya que comenta que se equivocaron en la fecha del parto por un mes y les dijeron que el bebé tenía problemas para nacer, así que Diana fue trasladada al Hospital de Hermosillo de urgencia. Todo salió bien y pronto estuvieron de vuelta en casa. Cuando Diana se va a

trabajar y Julián tiene asuntos que resolver, las hijas mayores son las encargadas de cuidar a sus hermanos/as menores. Para ellos, el que las hijas vayan a la escuela representa un riesgo porque podrían querer casarse en lugar de esperar a que vayan a pedir las y por lo tanto, que no les den el pago correspondiente, por lo que es más conveniente para los padres que aprendan los labores del hogar.

Tabla 3 Ficha descriptiva Caso 2

INTEGRANTES	PADRE	MADRE	HIJO/A 1	HIJO/A 2	HIJO/A 3	HIJO/A 4	HIJO/A 5	HIJO/A 6	HIJO/A 7	HIJO/A 8	NIE TO/A 1	NIET O/A 2
Padece DMII	x											
Sexo	H	M	M	M	M	H	M	H	M	M	M	M
Edad	49	39	23	21	12	11	8	7	4	0	5	6 m
Ocupación	Maquinitas		Jornalera		Hogar	Estudiante			-	-	-	-
Sabe leer	Sí	No	No	Poquito	No	Sí	Sí	No	No	-	No	-
Sabe escribir	Sí	No	No	Poquito	No	Sí	Sí	No	No	-	No	No
Realiza labores relacionados a la cocina	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	-	No	-
Hablante Triqui	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	-	No	-
Estado civil	Unión libre		Soltera	Casada	Soltero/a							
Tiempo de estar casado/a (años)	25	25	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Escolaridad	Primaria	No	2do prim	1ero prim	No	2do prim	2do prim	1ero prim	3ro preescolar	-	-	-
No. De estados en los que ha vivido	4 y EUA	4	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1
Tiempo de residir en el Poblado Miguel Alemán	15	15	15	15	12	11	8	7	4	0	5	6 m
Aporta económicamente	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No
Lugar de nacimiento	OAX	OAX	SIN	SIN	HMO	HMO	HMO	HMO	HMO	HMO	HMO	HMO

Fuente: Elaboración propia

La casa donde habitan tiene piso de tierra y las paredes son de adobe. Una lona con hoyos cubre la cocina, otra está entre la cocina y el cuarto. Ésta lona y los árboles son lo único que da sombra en el exterior. En el patio tienen dos maquinitas de juegos para los infantes y en medio una siembra de quelites y un árbol de duraznos. Frente a su casa está una cancha,

que es un buen espacio donde los infantes suelen correr o jugar en la cancha de básquet. Aunque es común encontrar también a hombres, jóvenes y mayores, consumiendo marihuana.

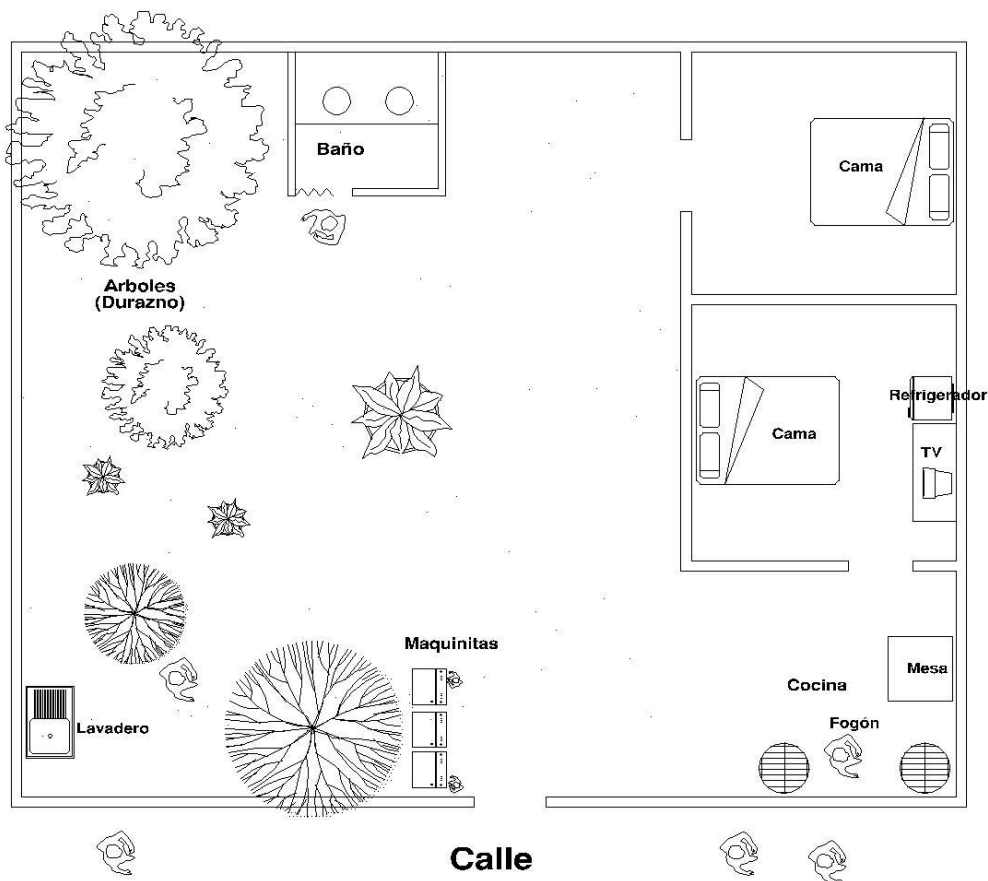


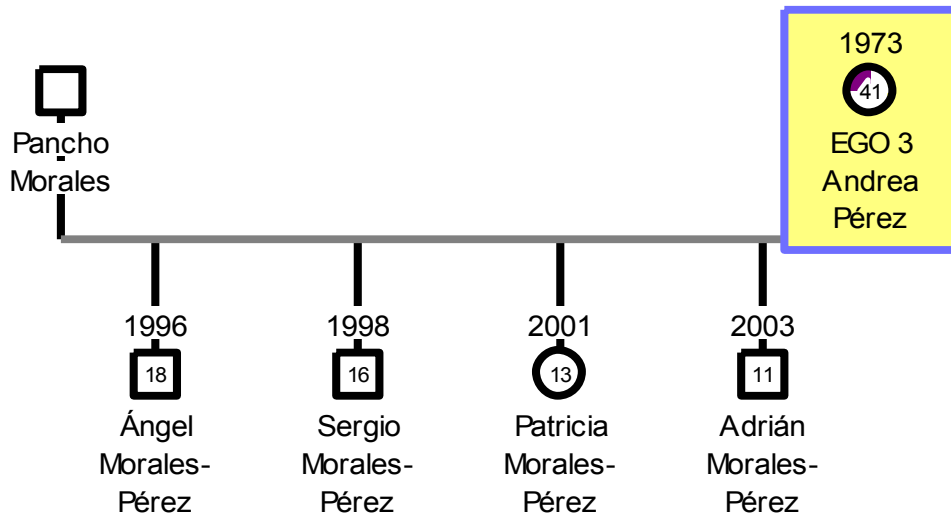
Ilustración 3 Plano de casa Caso 2
Fuente: Propia, elaborado por Oscar Viayra Alcántara

Ellos estuvieron viviendo en muchos campos agrícolas como parte del trabajo, ahí les brindaban un cuarto para cada grupo doméstico, estuvieron así de acuerdo a los tiempos de cosechas. Vivieron un tiempo en Ensenada, donde conservan un solar pero les dijeron que en el Poblado pagaban más y se mudaron. Cuando llegaron ahí se hicieron de este solar, el

cual ha representado la culminación o el fin de la travesía migratoria en la cual habían vivido. Aunque tienen deseos de irse, no creen que lo vayan a hacer porque su vida ya está ahí. La vida en los campos agrícolas representa una parte importante de sus vidas, Diana, por ejemplo, preferiría vivir en los campos porque es la única manera que ha encontrado para alejar a Don Julián del alcoholismo en el que vive, sin embargo, sus hijas, como Luz preferirían vivir en Ensenada por el clima y la comida, mientras que los más pequeños no conocen otro lugar más que este.

Caso 3: Andrea Pérez

El tercer Caso está compuesto por 6 integrantes, y aunque comparten solar con otra hija, la cuentan aparte con su marido. Así que sólo se tomaron los que se consideraron dentro de la misma casa. Son tres de ellos quienes aportan para el hogar, mientras los tres menores van a la escuela. Tienen un cuarto para dormir, aquí tienen la televisión y los roperos. Andrea se dedica al hogar y elabora huipiles y ropa para vender cuando necesita. Ella tiene muchas ganas de regresarse a su estado natal: Oaxaca. Su esposo, Pancho logró obtener un trabajo de chofer en los campos agrícolas, aunque es igualmente un trabajo por temporadas. Su hija, Patricia es muy buena en la escuela y ya está por salir de la primaria.



Esquema 3 Familiograma Caso 3
Fuente: Elaboración propia

Los tres hijos menores sólo han vivido en el PMA, aquí han crecido y les gusta el lugar. El mayor, aunque sea de bebé, alcanzó a conocer o sentir otro lugar. Andrea y Pancho ya llevan 18 años de casados, ya son abuelos pero sus nietos no viven ahí con ellos. Fueron a la escuela hasta la primaria. Andrea se casó con él con la esperanza de que se regresaran juntos a Oaxaca, a la fecha no lo han hecho. Ella tenía antes una tienda ahí en su casa pero constantemente eran robados por “los cholos” así que decidieron cerrarla.

Tabla 4 Ficha descriptiva Caso 3

INTEGRANTES	PADRE	MADRE	HIJO/A 1	HIJO/A 2	HIJO/A 3	HIJO/A 4
Padece DMII		X				
Sexo	H	M	H	H	M	H
Edad	?	40	17	15	12	10
Ocupación	Chofer	Hogar y vende huipiles	Jornalero	Estudiante	Estudiante	Estudiante
Sabe leer	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Sabe escribir	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Realiza labores relacionados a la cocina	No	Sí	Sí	No	Sí	No
Hablante Triqui	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Estado civil	Casado	Casada	Soltero	Soltero	Soltera	Soltero
Tiempo de estar casado/a	18		-	-	-	-
Escolaridad	Primaria	Primaria	Secundaria	Secundaria	6to prim	4to prim
No. De estados en los que ha vivido	3	2	2	1	1	1
Tiempo de residir en el Poblado Miguel Alemán (en años)	16	16	16	15	12	10
Aporta económicamente	Sí	Sí	Sí	No	No	No
Lugar de nacimiento	OAX	OAX	OAX	HMO	HMO	HMO

Fuente: Elaboración propia

Después de que cerraron su tienda, la forma en que ella ha encontrado para obtener ingresos es haciendo su vestimenta para vender. Hace huipiles y blusas a mano que después oferta. No quiere volver a poner la tienda por los peligros y porque ella sola se encargaría de atenderla. Ni Andrea ni Pancho saben leer o escribir, pero a sus infantes los han mandado a la escuela y los cuatro han aprendido. El hijo mayor nació en Oaxaca también aunque sólo estuvo un año allá, los/as tres menores ya nacieron aquí en el Poblado.

Su casa tiene una reja de metal a la entrada. Tiene anuncios que indican que en algún momento fue tienda. Hay dos entradas, una que hace pasar primero por el solar de su hija y

la otra que va directo a su casa. Las paredes y el piso de los tres cuartos son de cemento aunque el techo es de lámina. Tiene un cuarto casi vacío, aquí guarda sillas plegables, el refrigerador, una pequeña alacena y bolsas de plástico colgadas a la pared en donde guarda también algunos alimentos. Al fondo a la izquierda está la entrada al cuarto, es un espacio amplio para los muebles con los que cuenta. Aquí tiene un ropero, tocador, televisión, estante y una cama.

En el patio tienen una hamaca entre los árboles frutales donde el viento sopla fuerte y la sombra cubre del sol, lo que hace de este pedacito el más fresco y agradable en el verano. Es tan así que en verano suelen sacar la cama a este espacio para poder dormir. El lavadero está cerca de los árboles, cubierto por una lona, en seguida está el baño cubierto por láminas. El patio lo comparte con su hija, pero las cocinas y los cuartos son aparte. Su hija, la menor padece epilepsia desde hace unos años por lo que su relación con los servicios de salud es constante. Va seguido al hospital de Hermosillo a llevar a su hija con el neurólogo aunque a veces, a pesar de la cita, no las atienden por circunstancias ajenas a ellas.

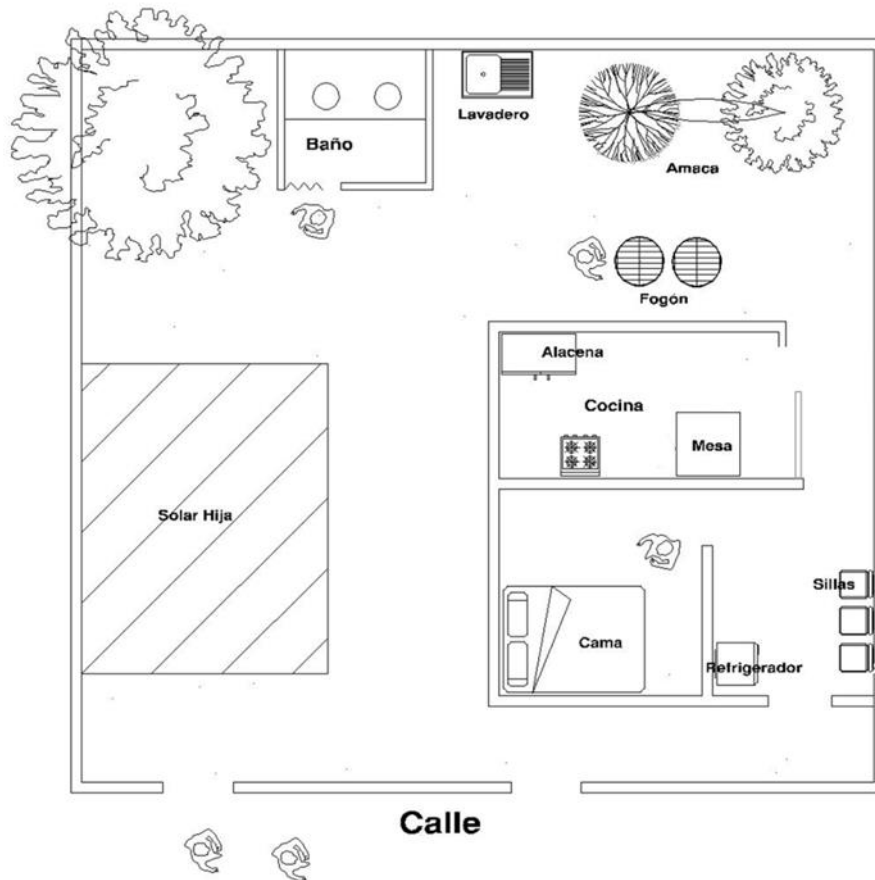
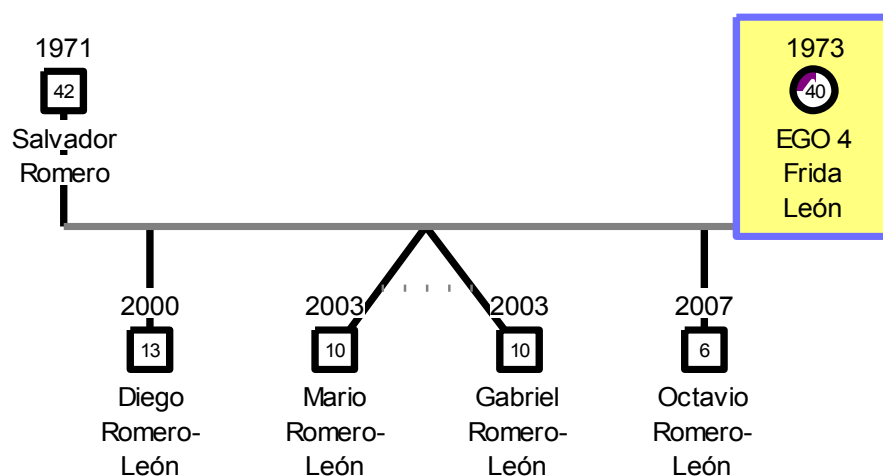


Ilustración 4 Plano de casa Caso 3
 Fuente: Propia, elaborado por Oscar Viayra Alcántara

Andrea y Pancho sí se casaron de acuerdo a la tradición triqui. Juntos se fueron de Oaxaca y llegaron al Poblado. Tiene 16 años de que llegaron aquí, atraídos igual que muchos, por el trabajo ofertado en los campos agrícolas. Poco a poco se han ido haciendo de sus cosas, como por ejemplo la televisión de pantalla plana que lograron comprar. A pesar de que tiene proyectos de irse, parece que seguirá esperando en el Poblado mientras su esposo se decide. Sin embargo, Pancho goza de un poco más de beneficios que los demás trabajadores, sus habilidades para manejar le permitieron obtener ese puesto. Y aunque la relación con sus vecinos y familiares es buena, son constantes los problemas por envidias o por la inseguridad que representan “los cholos”.

Caso 4: Frida León

El cuarto y último caso que presento aquí es el grupo doméstico de Frida y Salvador. Ellos tuvieron ocho hijos juntos. Cuatro de ellos ya están casados y viven a parte con sus esposas e hijos, así que sólo los cuatro menores viven ahí, y de estos, dos son gemelos. El señor Salvador tiene otra pareja, así que a veces vive en casa con la señora Frida y a veces con su otra pareja a tan sólo unas calles. Entre él y Frida tienen una tienda de abarrotes ahí en su solar. Ellos se fueron de Oaxaca al Poblado a trabajar en los campos agrícolas, llegaron a cortar tomates. Esto hace unos diez años, pero entonces, Salvador se puso a trabajar como “eoyote²³” un tiempo, hizo algo de dinero y con eso pusieron la tienda.



Esquema 4 Familiograma Caso 4

Tiene unos seis años que ya dejó el agotador trabajo de campo, las jornadas de sol a sol y la escasa paga, por lo que está contenta con la tienda que tiene y con la decisión que tomaron de venirse al Poblado. Sólo el señor Salvador y la señora Frida aportan económicamente, aunque él no va muy seguido a atenderla y ella es quien se hace más responsable de surtirla y administrarla. Los hijos están a veces en la tienda, a veces jugando afuera, corriendo con

²³ Los “Coyotes” son parte de la red de migrantes, les llaman así a quienes se dedican a pasar personas de manera ilegal por la frontera de México-EUA.

los demás niños en la cancha que está en la esquina de su casa. Ellos ya no hablan triqui, porque no ~~pueden~~” y porque en la escuela los compañeros les hacen burla por el idioma así que han preferido no aprenderlo, así que hablan ~~medio~~ acá mochito” y aunque se les hable en triqui ellos siempre contestan en español.

Tabla 5 Ficha descriptiva Caso 4

INTEGRANTES	PADRE	MADRE	HIJO/A 1	HIJO/A 2	HIJO/A 3	HIJO/A 4
Padece DMII		X				
Sexo	H	M	H	H	H	H
Edad	42	40	13	10	10	6
Ocupación	Tienen una tienda		Estudiante	Estudiante	Estudiante	Estudiante
Sabe leer	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No
Sabe escribir	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No
Realiza labores relacionados a la cocina	Sí	Sí	No	No	No	No
Hablante Triqui	Sí	Sí	Mochito	Mochito	Mochito	Mochito
Estado civil	Unión libre		Soltero	Soltero	Soltero	Soltero
Tiempo de estar casado/a	20		-	-	-	-
Escolaridad	Primaria	Hasta los 8 años	Sec	4to prim	4to prim	1ero prim
No. De estados en los que ha vivido	3	2	2	1	1	1
Tiempo de residir en el Poblado Miguel Alemán	10	10	10	10	10	6
Aporta económicamente	Sí	Sí	No	No	No	No
Lugar de nacimiento	OAX	OAX	OAX	HMO	HMO	PMA

Fuente: Elaboración propia

Su casa tiene un espacio destinado a la tienda de abarrotes. Hay varios estantes, refrigeradores y una televisión, y siempre que están ahí la tienen prendida y a un alto volumen (muchas veces difícil para platicar). Frida y Salvador no se casaron por las tradiciones triqui, solamente se juntaron. Frida no sabe leer ni escribir, Salvador sí. A todos

sus hijos los han mandado a la escuela aunque los gemelos probablemente ya no sigan porque debido a un error administrativo tendrán que cursar de nuevo el cuarto grado y no tienen muchos deseos de continuar estudiando.

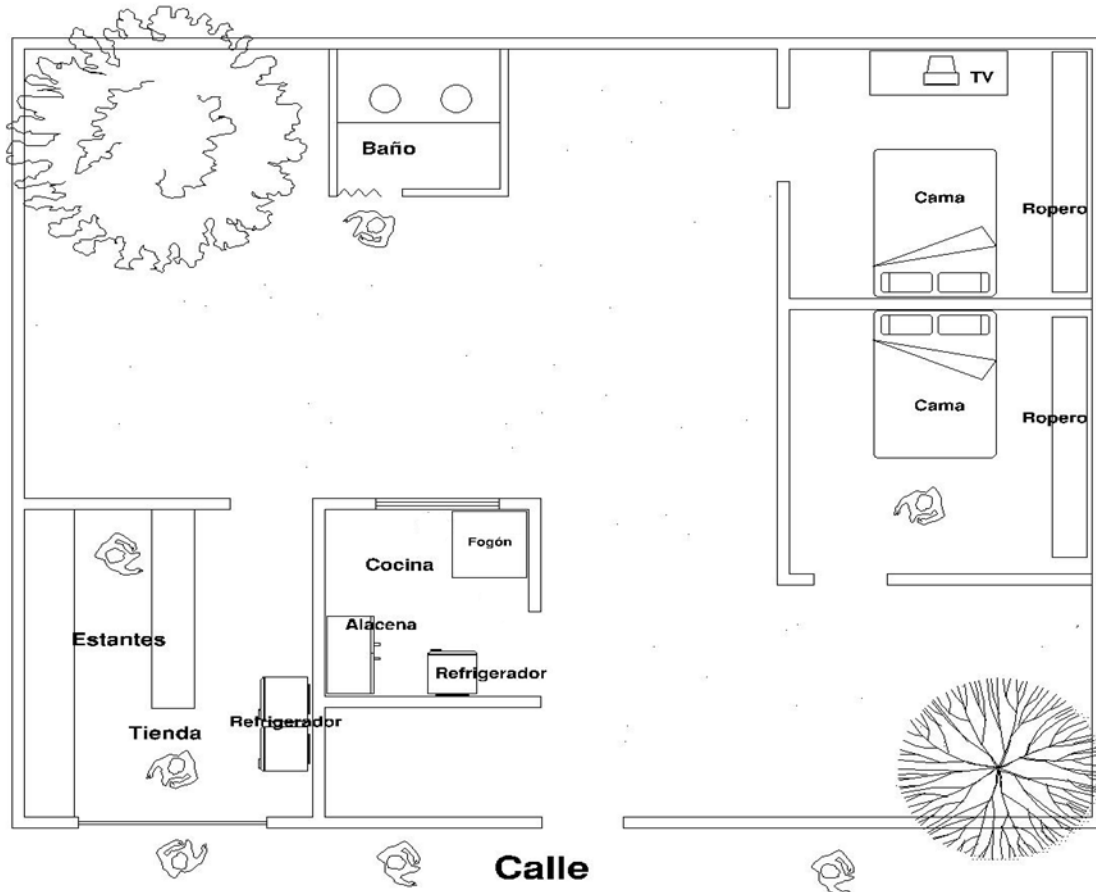


Ilustración 5 Plano de casa Caso 4
Fuente: Propia, Elaborado por Oscar Viayra Alcántara

Las paredes de los cuartos son de adobe y el techo es de lámina, el piso de tierra. La tienda tiene piso de cemento igual que los cuartos. Tiene dos cuartos para dormir. Y aunque tiene árboles, no siembra ninguna planta medicinal. El baño está al fondo del patio junto a los árboles. Para entrar a la tienda las puertas son de cristal, mientras que para la casa hay una cerca y otro pedazo sin puerta. Ella tiene aire acondicionado en su cuarto.

Cuatro familias: convergencias y divergencias

Estos cuatro casos tienen muchas similitudes entre sí, viven en el mismo Poblado, mismo barrio y a tan solo unas calles de distancia, comparten los mismos orígenes triqui ya que vienen del mismo estado de Oaxaca (aunque no son todos de la misma comunidad), son migrantes y en algún momento de sus vidas han trabajado los campos agrícolas o trabajan allí, están en unión con su pareja y tienen hijos/as, además, uno de cada grupo ha sido diagnosticado con *diabetes mellitus II* por el mismo médico. Todos, por una u otra razón, se han establecido en el Poblado y comparten sus trayectorias migratorias que se han construido de distintas maneras pero generalmente siguiendo las rutas de acuerdo a las cosechas.

La comparación de los casos va en varios sentidos, una es al comparar cuatro grupos con una persona con diabetes, la otra es comparar los grupos en base al sexo de la persona con la enfermedad y la tercera es comparar en base a las diferencias en el interior de los grupos. Las diferencias en cuanto a los cuatro grupos están marcadas por el tiempo de padecer la enfermedad, por el número de integrantes, la religión, las trayectorias migratorias, el rol que juega cada uno y la importancia otorgada a la enfermedad en relación a otras circunstancias o procesos de sus vidas.

Por ejemplo, en el caso de los hijos/as la enfermedad de un padre o madre puede implicar salirse de la escuela y empezar a trabajar, o también cuidar a sus hermanos/as más pequeños o hacerse cargo de las actividades que les correspondían a los padres. Por otro lado, la pareja de quien ha sido diagnosticado con diabetes puede ser quien se encargue de los cuidados, de estar al pendiente de los medicamentos aunque no siempre sucede así. Y

quien está enfermo tiene que aprender a vivir con la enfermedad y lidiar con los malestares en las tres dimensiones (enfermedad, malestar, padecimiento).

Por otro lado, cuando comparo a partir de las diferencias observadas en base al sexo, los roles que juegan en tanto su aportación económica u otras circunstancias son los que las marcan diferencias. De esta manera, hay coincidencias entre los casos 1 y 3, quienes comparten una gran devoción y participación en el aspecto religioso; y los casos 2 y 4, que son grupos más extensos, es la mujer quien es la principal proveedora desde un punto de vista de la economía. A pesar de esto, la organización de tipo patriarcal delega a la mujer/madre más responsabilidades que al padre y ninguna voz de las mujeres es realmente escuchada por lo que las acciones que emprenda en su vida están destinadas prioritariamente a prepararlas para su vida futura en matrimonio.

CAPÍTULO 4. Comer juntos: las prácticas de alimentación en grupos domésticos

triquis

La alimentación en los grupos domésticos guarda diferencias sin importar que los grupos domésticos sean parte de un mismo pueblo, aunque por compartir tanto espacios como experiencias y trayectorias (como en este caso) es de suponer que existen elementos en común. Estos elementos en común son los que trataré de rescatar en este apartado.

“Haciendo *negocio*”: las tareas de la cocina como una parte del “negocio”

A todas las actividades que se relacionan con el hogar como lo es lavar ropa o trastes, barrer, regar las plantas o cocinar, se le llama *hacer negocio*. Estas actividades principalmente son realizadas por las mujeres como parte de sus actividades diarias. Sin

embargo, de todas estas me enfocaré únicamente a una parte del *negocio*: preparar la comida.

Los espacios

Aquí en el PMA los grupos domésticos de los casos suelen preparar los alimentos en sus casas. Uno de los criterios utilizados en esta investigación para delimitar si pertenecían o no a la misma casa o grupo doméstico fue a través de su discurso y sus criterios. Ellos mismos decían que alguna de sus hijas o hijos eran a parte porque vivían en otro espacio. O como el caso de la señora Andrea, quien comparte el solar con una de sus hijas y su marido, sin embargo, ella dice que ellos son aparte, que cocinan aparte. –Aparte” como una forma de exclusión, así la *comida* da cuenta de que si cocinan en el mismo espacio y si compran las cosas (alimentos) para los que viven en el mismo hogar, entonces sí se consideran como viviendo juntos. Esto es el caso del grupo doméstico de Luz, quien vive con su esposo en el mismo solar que sus papás y tiene una participación activa y constante en el proceso de alimentación en tanto que cocina ocasionalmente (y además lo ve como una de sus obligaciones y actividades cuando se requiere) y además, compra alimentos para el consumo de los grupos domésticos, por tanto es parte de este grupo doméstico (y del caso 2).



Imagen 2 Las cocinas Caso 1

Los espacios dispuestos para la preparación de los alimentos son la cocina. Sólo en uno de los casos, este espacio se comparte con el dormitorio. En dos casos, se tiene un espacio dentro y bajo techo una estufa de gas y fuera un espacio para el fogón. En el otro caso (Caso 2) se tiene un solo cuarto destinado a la cocina donde está dispuesto un tambo y un

fogón a ras del suelo para la cocción de los alimentos, y finalmente en el caso 4 se tiene una cocina con un fogón a la altura de la cintura para la preparación de los alimentos y la estufa en el mismo cuarto. Entonces, de los cuatro casos, todos tienen un espacio o un cuarto como “cocina”.



CASO 2



Imagen 3 Las cocinas Caso 2

En el caso 2, la cocina tiene un techo de lona con hoyos, lo cual hace que en época de verano sea muy caluroso cocinar. Sin embargo, los frijoles y las tortillas se cocinan a la hora que sea necesario. Una de las estrategias es ir rápido a poner la olla de los frijoles y regresar al cuarto, generalmente a ver la televisión, en el caso de Laura que no va a la escuela y sus actividades son en el hogar principalmente.

Los espacios destinados para comer son diversos. En el caso 1, tienen una mesa y sillas en donde tienen la tienda. A veces, los hijos/as comen en la escuela y el señor se lleva lonche a su trabajo. Otras veces y como pude observar en las casas del PMA, los grupos domésticos suelen comer fuera, en el patio. Se sientan en cubetas o sillas plegables o de plástico y las ponen debajo de los árboles, en otros casos, comen en el suelo y para los que alcancen, ponen una sábana o cobertor. Como silla también llegan a usar camas viejas o carretas, objetos que tengan en casa y que se puedan usar para sentarse.

CASO 3



CASO 4



Imagen 4 Las cocinas Casos 3 y 4

Los utensilios

Entre los objetos que usan para cocinar está la leña. Esta como parte importante para la cocción de alimentos, porque a pesar de que tres de los grupos domésticos tienen gas, en los cuatro casos siguen usando la leña. En dos de las casas tienen tambos que han sido adaptados para cocinar alimentos ahí también como se observa en la siguiente fotografía. En el Caso 1, que tienen un tambo (cilindro o tranque) similar a este, está en el exterior, sin techo y rodeado por láminas como paredes. En el Caso 3, lo que se encuentra al exterior es una estufa de leña a la altura de la cintura, aquí se pone la leña y este espacio está cubierto por láminas y sin paredes, se encuentra en el patio y la única pared que tiene es de adobe y es la que pertenece a la cocina. Tiene un espacio como ventana donde se comunican estos dos lugares donde se cocina.

La leña y los objetos que se han adecuado para su uso son primordiales. Las estufas son otra opción y el tanque de gas en ocasiones funciona como un equivalente para la leña. Ollas, comales y metates se siguen conservando y usando, aunque no en todas, pero la licuadora ya está presente en las cocinas. Por tanto, el uso de cada utensilio depende, más que cualquier otro factor, del poder adquisitivo que tenga cada grupo. El lavabo, es usado también para limpiar los alimentos, los trastes y las manos. Aquí llevan a cabo ese proceso de higiene. Tanto las frutas, como los duraznos que tienen en el jardín, o las leguminosas, como los frijoles o plantas como la hierbasanta se lavan aquí. De igual forma, los trastes utilizados se limpian ahí. Estos espacios, en dos de los grupos domésticos (Caso 1 y Caso 4) no se encuentran bajo techo, y en verano, puede ser muy complicado debido a las altas temperaturas.

El clima en la cocina

El clima predominante en el Poblado es seco cálido. Oscila entre los 5 y 49°C en el año, aunque en verano la sensación térmica es mucho mayor y la falta de agua es constante. Las calles no pavimentadas ayudan ligeramente a mitigar el calor. Aunque en época de lluvias se forman hoyos grandes y lodo por estas calles, lo que hacen muy complicado el tránsito en algunas de ellas. Pero este no es un problema frecuente ya que las lluvias son muy escasas. Las tormentas de polvo que nublan la vista, vuelan la basura y láminas, son de lo más frecuentes. Por lo que los alimentos que se cocinan en la parte exterior están más expuestos a las inclemencias del clima.

Por ejemplo, Andrea y Pancho tienen dos espacios para cocinar, adentro ponen algunos trastes, el boiler y la estufa de gas, mientras que fuera tienen una estufa de concreto ahorradora de leña. Las ollas están colgadas del techo y de la pared, en una mesa tiene el espacio para preparar algunas cosas. En la casa de Andrea no falta el metate ni el comal grande para “echar la tortilla”. La cocina de afuera está cubierta por una lona sostenida por unos palos, este techo permite que en verano sea más soportable el calor a la hora de cocinar. En las casas de Daniel y Julián no se tiene la misma suerte porque no se cuenta con techo. Frida sí tiene techo en la cocina, aunque las láminas calientan el espacio, el sol no pega directamente. En verano, hay que pasar menos tiempo junto a la lumbre y hay que organizarse más para evitar cocinar en las horas pico de la luz solar.

Las que cocinan, “yo no soy mujer”

Quienes resultaron ser los integrantes del grupo doméstico que cocinan son, como se suponía, las mujeres. Mientras que la participación de los hombres en el proceso alimentario está más bien ligada a cuestiones económicas. Es decir, en el caso 1, 2 y 3,

Daniel, Julián y Pancho suelen ir a comprar alimentos, generalmente, en compañía de otros miembros del grupo doméstico los fines de semana o los días de pago. Mientras que en el caso 4, Salvador sólo va a la tienda y toma lo que quiera y Frida prepara la comida y en su otro matrimonio, también su esposa es quien le prepara. Y Daniel, sólo se involucra en la preparación de los alimentos cuando “ayuda” a Juana a hacer tamales para vender. En días habituales, son las mujeres quienes cocinan.

La participación de las niñas y niños es diferente. Los niños, por su lado, se involucran en el proceso alimentario de manera más alejada, es decir, a ellos se les asignan labores como ir a la tienda a comprar algunas cosas. Cuando quieren un dulce o algo de allí, van a los puestos más cercanos para adquirirlos. Otra de las tareas asignadas es la lavada de los trastes. Aunque Luis, del Caso 1, cuando se le pregunta por qué no cocina responde “yo no soy mujer” (Luis, 6 años).

Las niñas, en cambio, tienen un papel protagónico en cuanto a la preparación de los alimentos. Ellas saben qué comprar de cada cosa y cómo preparar la variedad de platillos que suelen consumir: desde frijoles, hasta tortillas. Están muy enteradas, involucradas y ocupadas con estas obligaciones. Ellas se tienen que levantar antes que todos para hacer las tortillas y el lunch que se llevarán quienes trabajan, aunque a veces sean ellas mismas quienes trabajan. Las niñas son las productoras invisibles en la alimentación del grupo doméstico, ellas son quienes cocinan cuando la madre trabaja, mientras cuidan a los hermanos o sobrinos menores. Esto en los casos 1,2 y 3, porque en el caso de EGO 4, su hija va a la escuela y después de este compromiso, ya se involucra en la cocina.

Yo llegué a preguntarles "¿y tú le ayudas a cocinar a tu mamá?". Pero esto partía de varios supuestos. En primera, que es la mujer quien cocina (que generalmente lo es), en segunda, que como hijos o hijas no tienen la responsabilidad de cocinar. Entonces, si el señor no cocina, la que debe cocinar es la señora, más cuando no trabaja. Por lo tanto, cuando participa la hija en el proceso culinario, lo planteé como eso, una participación, mientras que para ellas se constituye en una obligación o parte de un aprendizaje para su vida futura y una condición y cualidad necesaria para casarse).

Aquí es importante recordar que las mujeres en las poblaciones indígenas tienen un mayor promedio de hijos/as que a nivel nacional. Esto se traduce en un mayor tiempo dedicado a la crianza de los hijos e hijas y por lo tanto, menor tiempo en su desarrollo personal o profesional además de los riesgos nutricionales que corren por déficits en su dieta. Por esto, las mujeres son quienes se encuentran en mayores condiciones de inequidad (Navarrete Linares, 2008) desde su niñez. En este apartado planteé justo esto, las que cocinan, son las mujeres, y a veces su único labor el "hacer negocio" y su futuro es esperar a que alguien vaya a "pedirlas" para entonces formar su propio grupo doméstico y entonces, seguir reproduciendo sus labores, formas de cocinar que tienen que adaptarse a su "nueva familia".

Los alimentos y bebidas

Un punto importante en la *alimentación en los grupos domésticos*, resultó el hecho de que cuando se referían al conjunto de alimentos más bien lo hacían en términos de *comida*. Mientras que se hacía más referencia a *los alimentos* de manera separada cada uno. Los que más salieron mencionados son los siguientes tres: la soda, las tortillas y las plantas. Aunque el primero es una bebida, estos tres forman parte cotidiana de las prácticas alimentarias,

además de los símbolos que trae cada uno consigo. Por definición, las bebidas están consideradas como alimentos, pero ¿en realidad se consideran a las bebidas como "alimentos? Y esta diferencia en la concepción o categorización, ¿de qué las exenta? ¿de las cantidades, de las regulaciones? ¿Si se omiten las bebidas, se sigue considerando comida?

La soda²⁴

Según Oxfam²⁵, en 2011 México se convirtió en el primer consumidor a nivel mundial de soda con un consumo promedio de 163 litros por persona al año (Oxfam, 2011). Según otra fuente, en 2012, Argentina, Chile y México fueron los más grandes consumidores. Con 131, 121 y 119 litros por persona al año respectivamente (MILENIO, 2013). En otros datos, indican que el consumo per cápita es de 160 litros al año por persona (INFORMADOR, 2013). Aunque las cifras varían, no hay duda de que estas bebidas gaseosas han tenido un éxito en el mercado mexicano. Ante eso, la Cámara de Diputados aprobó recientemente un impuesto de 1 peso por litro a las bebidas saborizadas en respuesta a la “epidemia de la obesidad” y a las sugerencias de la OPS y OMS. Este aumento en el precio presupone una disminución en su consumo (Mayoral y García, 2013)

Hace pocos años, en México se conoció una propuesta que pedía voltear a ver el papel protagónico de las bebidas en nuestras vidas, al menos hablando nutricionalmente. Este artículo y clasificación tuvo tanto éxito que pronto se le tomó como una herramienta a la par que el plato del bien comer, ya que esta era como el equivalente pero en bebidas, teniendo así “la jarra del buen beber”. Este Comité pone al mismo nivel los refrescos, jugos, aguas frescas y café con azúcar y recomienda su consumo esporádico o eventual

²⁴ Por estas zonas al refresco se le denomina “soda”

²⁵ Agencia de cooperación de ayuda humanitaria que trabaja en más de 90 países

porque de lo contrario, la salud está en riesgo, en especial, el riesgo a padecer diabetes (Rivera et al., 2008).

Los tamaños y las presentaciones son grandes, aunque con algunas normativas, salieron presentaciones más individuales, en estas familias es común verlos con refrescos tamaño familiar. Este refresco, desde el nombre ya involucra al grupo doméstico. Más allá de las cuestiones de política y normatividad alimentaria, la “soda” resultó tener un papel protagónico para estos cuatro grupos domésticos. La relación que resultó a través de esta bebida no muestra más que la fuerte presencia que tiene en muchos aspectos de su vida. Si comer es una necesidad fisiológica revestida de aspectos socioculturales, históricos y políticos, la soda es la evidencia de que las bebidas también. Entonces, el satisfacer una necesidad como lo es la sed está (quizá más que en otros tiempos) me plantea más preguntas de las que inicialmente tenía respecto a las bebidas.

Las tres primeras bebidas fueron altamente encontradas en estos casos, por lo que la diversidad de bebidas está entre la soda, el polvo para preparar aguas frescas, jugo y el alcohol (no precisamente en este orden, ya que el consumo varía de acuerdo a la edad o a las condiciones). La única agua que toman es la de la llave así, *cruda*, como suelen decirle, o agua de manguera²⁶. Y de acuerdo con el estudio mencionado en el párrafo anterior, estas bebidas están relacionadas con la presencia de diabetes, y en este estudio está claro que las consumen, pero lo interesante es cuestionarse ¿qué rodea al hecho de tomar estas bebidas? ¿Por qué se niega el consumo de unas y de otras no, cuando se conoce (no en todos lados) el perjuicio que tienen para la salud?

²⁶ Esta forma de nombrarlo denota, como en el caso de la comida, una clasificación o una categorización en base a la forma de obtención, como es agua que sale de la manguera, así recibe este nombre.

La soda permite entonces acercarse un poco a las respuestas de estos cuestionamientos. Para empezar, esta fue la única bebida respecto a la cuál observé contradicciones entre los discursos y las prácticas. Es decir, aunque se consume alcohol, nadie negó consumirlo. O en el caso del jugo, tampoco se ocultaba, menos se señalaba de manera negativa a quienes sí lo beben. En el caso de la soda resultó diferente. Trataré de detallarlo a continuación.

En los cuatro grupos domésticos se toma soda frecuentemente, sin embargo, en algunas ocasiones o preguntas, esto se negó. Como por ejemplo, Flor nos dice que su papá no toma soda por la diabetes, porque si lo tomara ~~le~~ da dolor de todos los huesos y de ahí le da, y luego le comienza (la diabetes)” (Flor, 9 años). Aunque, su papá si acepta que la toma ~~a~~ veces” pero que no toman mucho sino ~~po~~quito” (y, ¿cuánto es mucho?). Aquí debo mencionar que en los cuatro casos consideraron a la soda como dañina para la salud de algún modo, y por tanto prohibida por los doctores.

Evitar la soda corresponde a una forma de atención ante la enfermedad, es tanto una manera de prevenirla como de ~~ev~~uidarse”. A veces el no tomar soda estaba muy firme, pero en otras ocasiones decían ~~no~~ tomar *mucha* soda, mucha coca” (Daniel, 63 años). Este discurso se refuerza por la experiencia que EGO 1 tuvo con su padre, quien refiere que aunque ~~él~~ sabía que tenía esa enfermedad pero dice que si no tomaba soda no podía estar a gusto”.

Por otro lado, a EGO 2 el doctor le dice que no coma algunos alimentos o bebidas, como la soda pero él dice que ~~yo~~ sí me como harina y también soda, cuando me sube azúcar y me puse insulina y ahí se baja otra vez”, es decir que aunque sabe de una relación estrecha entre la soda (cualquier tipo de soda) y el aumento de azúcar en su cuerpo, sabe también que al administrarse insulina se baja de nuevo, por tanto no es necesario eliminar la soda

porque la insulina logra brindar unos niveles de azúcar que no le causen malestares, ya que dice que ~~como~~ yo me estoy inyectando insulina y no me hace pero si no estuviera yo insulina, de volada me va a hacer daño”. Así cuando se le preguntó de alimentos que le hacen mal tomar cuando tiene *azúcar*, la respuesta inmediata fue: ~~afresco~~ ¿no? Refresco”.

En el caso de EGO 3, Andrea asocia la soda con la causa de su enfermedad, es decir, después de situaciones tristes que vivió, comenzó a llorar y tomó soda, lo cual hizo que le *pegara* la enfermedad. Así, la soda está asociada con las emociones como la tristeza, que al momento de tomar soda se provoca un resultado muy negativo: la aparición de una enfermedad. Aunque también relaciona a la soda como parte de las recomendaciones/restricciones señaladas por escrito mediante una receta elaborada y dada por parte del doctor, incluso cuando para ella todo aquello restringido forma parte de ~~una~~ vida muy normal”.

A pesar de estar recomendaciones, ella dice que ~~todo~~ eso no debo usar y sí, deajo pero a veces tengo tentación y hecho un traguito más pero así ya no es como antes”. Es decir, hay como una lucha entre lo que desea y lo que se le ha dicho que no debe *usar*, sin embargo, la *tentación* (aunque no muy grande porque ya sabe cómo es estar así, vivir esa situación) le hace consumir más de estos alimentos, ya que los cambios que siente haber realizado son para ella bastantes ya que dice que ~~ya~~ no es como antes”. Así, entre su grupo doméstico se dicen que ~~no~~ es bueno tomar soda” y quienes no hacen caso (en las prácticas) se les refiere como ~~no~~ no entiende, por eso se enferma”, es decir que se enferman por no entender.

Andrea (EGO 3) ya tiene la experiencia de que un padre o madre padezca la enfermedad, y en ambos casos se tiene la impresión de que los padres no supieron cuidarse ni comer bien

y cuando les regalaban cosas como alimentos dulces, o específicamente la soda se las tomaban ya que se aprovechaba de esta situación, mientras que el caso del padre de EGO 1, él por pena no rechazaba estas bebidas.

Por su parte, EGO 4 considera que la soda no le hace nada al cuerpo. Dice que le gusta tomarla y más cuando la combina con tortilla. La soda es tema de conversación y de dudas entre ella y sus hermanas (quienes también la padecen) ya que se preguntan cómo le harán para controlar su enfermedad o si no pueden, entonces recurrirán a tomar mucha soda para que todo se acabe ya. A pesar de que esta es una forma de bromear entre ellas, ven a este alimento como una posible vía para poner fin a su enfermedad y a su vida. Otra de sus fuentes de su misma comunidad, diabética también les dice que ~~no~~ le hace nada la diabetes, que tome y que haga” porque lo demás es ~~no~~ pura mentira de los doctores, pura mentira de doctor, yo tomo soda y le echo alcohol y me lo tomo y no pasa nada”, aunque en realidad EGO 4 no está segura de esta relación entre la soda y la enfermedad.

EGO 2 y EGO 1 están de acuerdo en que hay *otros* que no hacen como ellos y por tanto toman mucha soda, en consecuencia, esto es decisión de cada quien. En estos cuatro discursos se ve la presencia sustancial de la soda en sus vidas, así como las contradicciones que representa. La negativa que hay de su consumo indica que hay significados más profundos, inmiscuidos con aspectos morales que han *desafiado* a un nivel jerárquico más alto: el médico. Y al desafiarlo, caen en la tentación, permitiéndose el placer que les brinda esta sustancia. Esto los sitúa en la disyuntiva de tomarlo o no tomarlo, a lo que deciden tomar lo que consideren justo pero de manera más oculta.



Ilustración 6 La soda en la cocina

Y finalmente, en esta ilustración se puede ver la presencia de la soda en la mesa donde preparan los alimentos y, cuando no llueve, sirve también como alacena. Como se puede observar, las botellas están vacías. Este es otro uso común que le encontré a la compra e ingesta de soda, es decir, una vez que ha tomado el líquido contenido, guardan las botellas porque después las utilizan para preparar agua de manguera con polvo de aguas frescas (Zuko). Esto lo meten al congelador y así se lo llevan a trabajar para que a medio día no esté tan caliente la bebida y puedan consumirlos con sus alimentos.

Momentos para tomarla

Los momentos en que se toma la soda son diversos, puede ser cualquier hora del día. Aunque principalmente, son cuando están juntos. Es realmente una manera de compartir. Los hijos van a las tiendas a comprarla para compartirla. No es el caso del zuko, ya que este se prepara y se congela para llevarlo al trabajo. Por dos pesos y agua de manguera congelada pueden tener agua fresca al medio día. Porque con la soda no pueden hacer esto, si quieren tomarla en el trabajo tienen que comprarla y les disminuye la ganancia diaria.

Otro de los momentos en que se puede tomar es cuando es regalada. Esto sucede por tres motivos, una es como forma de agradecimiento, otra es cuando se da en las festividades y la tercera, por motivo de una boda. En la primera, cuando se da como agradecimiento les da “vergüenza” rechazarla, pero como reflexiona el señor Daniel, si ya es muy seguido, aunque de pena pero está por medio la vida y la solución es hablar con la gente que, si realmente lo aprecian, dejarán de llevarle soda. Así lo ha hecho y a veces le llevan frutas o verduras en su lugar, pero sólo si es ocasional si “se puede tomar un vasito”. Comparte que se requiere voluntad para vencer la pena y la tentación, por tanto, ve negativamente a quienes no lo logran.

Las tortillas

Las tortillas son un alimento elaborado a base de harina el cual tiene una forma laboriosa de prepararse, al menos en sus orígenes. En Oaxaca, las tortillas de consumo habitualmente son de maíz. Este producto es considerado dentro de la canasta básica de alimentos. Para los triquis, el *maíz* es un alimento que sirve para mantener una relación con los dioses y esa relación se cultiva mediante ceremonias que han ido retomando tras notar un olvido entre

su población más joven (Triquis de Oaxaca, 2013). La importancia de este alimento en sus vidas²⁷ es bastante. Pero los cambios se han dado tanto en Oaxaca como en aquellos que han salido, asimismo en la población de todas las edades.

En el caso de los grupos domésticos triqui en el PMA han diversificado el consumo de este alimento. Ahora pude encontrar la inclusión, exclusión y sustitución de entre los tipos de tortillas que ellos mencionaron. También los cambios son evidentes al mirar generacionalmente. Las condiciones en que se comen dependen de factores tan diversos como el clima y las recomendaciones médicas. Otras variaciones están influidas por el lugar de consumo, es decir si es en el hogar o en el área de trabajo. O por ejemplo, se identifican como diferentes discriminando entre su consumo. El nivel de dificultad la prepararlas también las hace diferentes, sin embargo, todas ellas siguen siendo dicho alimento: *las tortillas*. Único alimento que en México se ocupa como platillo, plato, cuchara, relleno, base y complemento a la hora de comer.

Tipos

Entre los tipos de *tortillas* que encontré en los discursos puedo enlistar las siguientes: tortilla de maíz, tortilla de maseca, tortilla de harina y tortillotas (tortillas de maíz del tamaño del comal). Las tortillas de maíz, aunque a veces se habla de manera equivalente con la de maseca, se suele hacer la aclaración. Entre los recuerdos que el señor Julián les platica a sus hijas es que en Oaxaca hacían muchas tortillas, hasta una cubeta de masa a diferencia de aquí.

²⁷ De ahí el motivo principal por el cual la *tortilla* merece un apartado especial ya que por la migración y la disponibilidad de alimentos se ha integrado un nuevo alimento y sustituido su consumo en algunos aspectos.

Las *tortillas de maíz*, son el tipo general de tortillas en cuanto a que la clasificación mayor es de harina y de maíz (a pesar de que ambas son de harina también). Difícilmente se le confunde con las de maseca porque hacen la aclaración. Al principio empecé pensando que la tortilla de maíz había sido completamente reemplazada, hasta que noté la diferencia que hacían. Este aspecto me saltó mucho a la vista porque me preguntaba ¿qué pasa entonces con los simbolismos asociados al maíz? ¿Será que ya no tienen, que la migración ha ido borrando esas huellas? No del todo, aunque para las generaciones más pequeñas, la tortilla de maíz ya no la hayan probado como en el caso 2, los padres de los grupos domésticos han buscado estrategias para seguir consumiéndolas, aunque de manera esporádica pero lo hacen.

Esta estrategia principal que encontré es a través de las redes sociales, cuando alguien va al pueblo en Oaxaca suele traer comida para vender, este se vuelve el momento en donde estrechan el contacto con su lugar natal a través de algunos alimentos, aunque sea de manera muy escasa. Y por otro lado, quizá el que más respondió mi pregunta anterior, no es que hayan sustituido un alimento, sino que incluyeron otro su alimentación, a sabiendas de que existe el otro que en muchos casos queda más como un recuerdo del pueblo que los vio crecer.

Es aquí entonces donde aparecen las *tortillas de maseca*. La “maseca” no es la única marca que ha permeado a los pueblos indígenas. Los discursos recopilados y las observaciones que he venido realizando dan cuenta de esto. La *maseca*, fácilmente distinguible por sus colores blanco con verde y amarillo pintados en las tortillerías nos hablan de la presencia de este producto en el consumo cotidiano de los grupos domésticos²⁸.

²⁸ He tenido la oportunidad de observar en otros pueblos o comunidades mayoritariamente indígenas y he podido ver, a partir de estos discursos, la presencia que hasta antes era para mí algo invisible.

En algunas ocasiones pregunté “¿y a ti cuál (tipo de tortilla) te gusta más?” y me respondían: “tortilla de maseca... porque sabe más rico” (Ana, 12 años). A pesar de que existen otras marcas de harina de maíz para tortillas, maseca ha logrado posicionar su marca. Esto no sucede con las *tortillas de harina*.

En el caso de las *tortillas de harina*, hay diferentes marcas. En la cabecera municipal, la ciudad de Hermosillo, se encuentra el molino y la harinera de Los Gallos, y su consumo por tanto es habitual. No obstante, en el caso del PMA a las tortillas de harina de trigo les llaman *tortillas de harina*, sin marca. Aunque este tipo de tortilla, como en el caso 3, representa una confusión en tanto a las recomendaciones brindadas por el personal de salud.

En la restricción de alimentos, una de las recomendaciones comunes es la de evitar “la harina”. En este discurso hay una confusión: denominamos tortilla de maíz y de harina a los tipos de tortilla que conocemos, aunque ambas tortillas sean de harina, una de maíz y la otra de trigo. Y de acuerdo a esta clasificación que identifiqué, cuando el doctor restringe “las harinas” quizá se entienda restricción únicamente de este tipo de *tortillas*.

Entonces, si hay esta clasificación tan diferente de las comidas (entre las ciencias de la salud y la población) que van más allá de la diferencia entre la calidad y cantidad, es decir más sobre características más culturales y sociales o simplemente en cuanto a la diferencia al nombrar y clasificar los alimentos, entonces ésta es una de las brechas. Así como Andrea (40 años) lo hace evidente, “el doctor me dijo que comiera bien... y sí como bien..., porque como mucho..., a cada ratito como tortillas de maseca, porque las de harina no las debo de comer”. Encuentro aquí una razón muy importante para prestar mayor atención en las percepciones de la población yendo más allá de lo biomédico.

Esta discusión sobre el trigo y el maíz no es reciente. Desde 1899, Bulnes dividía a la humanidad de acuerdo al alimento base: los pueblos del maíz, los del trigo y los del arroz. Así que en los tiempos del porfiriato se pensaba que el trigo traería a los pueblos indígenas el desarrollo que les atribuían no tener. Sin embargo, con la fundación del Instituto de Nutrición y las investigaciones científicas se demostró que el trigo y el maíz son similares en términos de nutrición. Esto sólo evidenciaba que las deficiencias nutricionales se debían (y se deben aún) a condiciones de pobreza y de distribución en la que muchos resultan perjudicados y pocos beneficiados (Pilcher, 2001, 119 - 150).

Se reconocen tres alimentos: el maíz, el trigo y el arroz. Aunque en esta investigación la disputa no está con el arroz, sino que es la *tortilla* (de maíz o trigo), es decir la preparación no el alimento básico. Lo curioso es que no se puede separar la preparación de los ingredientes ya que en el trasfondo está esta lucha histórica entre el trigo y el maíz que se dio aquí en México. La FAO ha realizado estudios comparándolos nutricionalmente, y encontraron que el maíz es superior a muchos cereales, excepto en el contenido de proteínas. Es más rico en grasa, hierro y fibra que el trigo (y el arroz) (Paliwal, 2001).

Preparaciones

Los horarios para la preparación de las tortillas se rigen por los horarios de trabajo. Es la primera actividad a la cual la mujer o la niña se tiene que levantar para que aquellos que se van a trabajar desayunen o se lleven lonche. Esto tiene que estar listo para las 5am que los trabajadores agrícolas se van. Pero el hecho de que la madre, por ejemplo, vaya también a

trabajar, no la exime de su quehacer en la cocina, por eso algunas veces las hijas se encargan de esta actividad.

Otra cosa que hay que tomar en cuenta para su preparación es el clima, el calor. Durante las horas que hay sol, la mejor para esto es cuando “baja” el calor, pero las tortillas tienen que estar listas para cuando regresen los que se fueron a trabajar porque llegan cansados, y con hambre, esto es entre 5 y 7 de la tarde. Así que “echan” tortilla pasando medio día, y en la madrugada al levantarse.

Para preparar las tortillas de maíz como la hace la señora Andrea ocupa 1kg para que le salgan 10 tortillas, mientras que con las de harina, le salen unas 15 tortillas. Estas tortillas son hechas en “la lumbre”, no en la estufa. Pero para las hijas del Caso 1 y 2, hacer las tortillas de harina es más difícil que las anteriores porque a estas les tienen que poner más ingredientes y su mezcla requiere de mayores movimientos y cuidados (harina, manteca, royal y agua) que la de maseca, cuyos ingredientes son únicamente dos (maseca y agua)²⁹.

Las plantas

El cultivo de plantas en el patio de algunos grupos domésticos es común. Principalmente la planta conocida como “moringa”, la cual se usa en té o masticada. A esta planta se le atribuyen propiedades importantes en relación al control de la enfermedad. En el caso de EGO 1, considera a la planta como determinante e imprescindible en su vida cotidiana para el control de su enfermedad. Incluso, por parte de los integrantes de su grupo doméstico se cree que la enfermedad se *quita* con el uso constante de esta planta ya que después de un

²⁹ En un Coloquio de verano (Ágora cálido) en que presenté avances de esta investigación, una colega que trabaja en el PMA con población Zapoteca comentó que en la casa donde realizaba sus actividades, el grupo doméstico preparaba las tortillas con una mezcla de harinas, entre harina de maíz y de trigo para hacer un nuevo tipo de tortilla. Aquí con los grupos domésticos triquis no encontré esta preparación, pero sería interesante estudiar lo que hay detrás de esa mezcla y sus significados.

largo periodo de consumo acudieron al médico y este les dijo que ~~ya~~ estaba bien”. Se cree que de no tomar la planta puede repercutir en la salud de EGO lastimándose.

EGO 1 decidió integrar esta planta a su alimentación por saber que es buena para toda clase de enfermedad como una medida que aunque no estaba seguro si funcionaría, lo usó como un recurso para el tratamiento de su padecimiento. Así, desde que EGO 1 supo de su enfermedad e integró a su alimentación esta planta tanto en forma de té, como cruda o licuada, no ha dejado de tomar la ~~hierbita~~” y ésta se volvió su desayuno y su agua del día. Y aunque la *moringa* no es la única planta que toma, él considera que le debe la recuperación de su salud al consumo frecuente y constante de ~~tres~~ clases de mata” que tiene sembradas en su casa (Moringa, Hierbamanso y Hierbasanta).

Y a diferencia de los otros casos, en este grupo doméstico el consumo es para todos aunque la frecuencia y rigurosidad de su consumo varía, siendo más en EGO1 que en el resto de su grupo doméstico. No obstante esta diferencia, él dice que de esta forma da el ejemplo para que su grupo doméstico (especialmente sus hijos) lo consuman y así se cuiden aunque sabe mal pero si quieren cuidarse hay que tomársela. Por sus efectos tan notables en la salud de EGO 1 es como consideran que la moringa ~~quita~~ el azúcar” y ~~la~~ enfermedad de tienes” (cualquiera).

En el caso de EGO 2 no menciona ni el uso ni consumo de ninguna planta. Por su parte, EGO 3 sí consume ~~las~~ hierbas que dicen bien margosas” únicamente cuando se da baños de vapor, el cual tiene en su casa y dice que la combinación de ambas prácticas le hace sentir bien. Aunque la planta (larguita y muy verdecita, como es descrita) a la que se refiere, es considerada como beneficiosa, no sabe su nombre, lo que sí es que es una planta que la traen ~~del~~ sur”, es decir, de Oaxaca. Lleva como dos o tres años que empezó a

tomarse este té en ayuno únicamente, aunque hace excepciones para tomarlo en la noche siempre y cuando se tenga mucha sed ya que es de sabor amargo.

Después de este periodo que ha tomado la planta ha notado una mejoría en su persona, es decir que antes no podía caminar y se sentía muy cansada pero ahora ya no, lo cual se lo atribuye a esta planta. EGO 4, igual que EGO 2 dice no tomar ninguna planta por el momento para tratamiento de su enfermedad, pero que antes sí tomaba ~~hojas~~ de esas que han dado mucho que son, que dicen que sirven para todo, unas hojitas que tiene acá”, aunque el nombre no lo sabe.

En algunos pueblos indígenas, las plantas tienen un papel de suma importancia porque hasta existen expertos a quienes les llaman yerberos. Estas personas conocen las propiedades de las plantas de su región y las usan de manera terapéutica. Una prueba de la importancia, es que aún se conserva esta importancia para algunos grupos domésticos y siguen dejándose maravillados por las posibilidades que las plantas les traen, en este caso, mediante esta práctica pueden evitar momentos de enfermedad y lograr salud aún en un proceso de enfermedad crónica. Las plantas usadas están en la imagen siguiente.

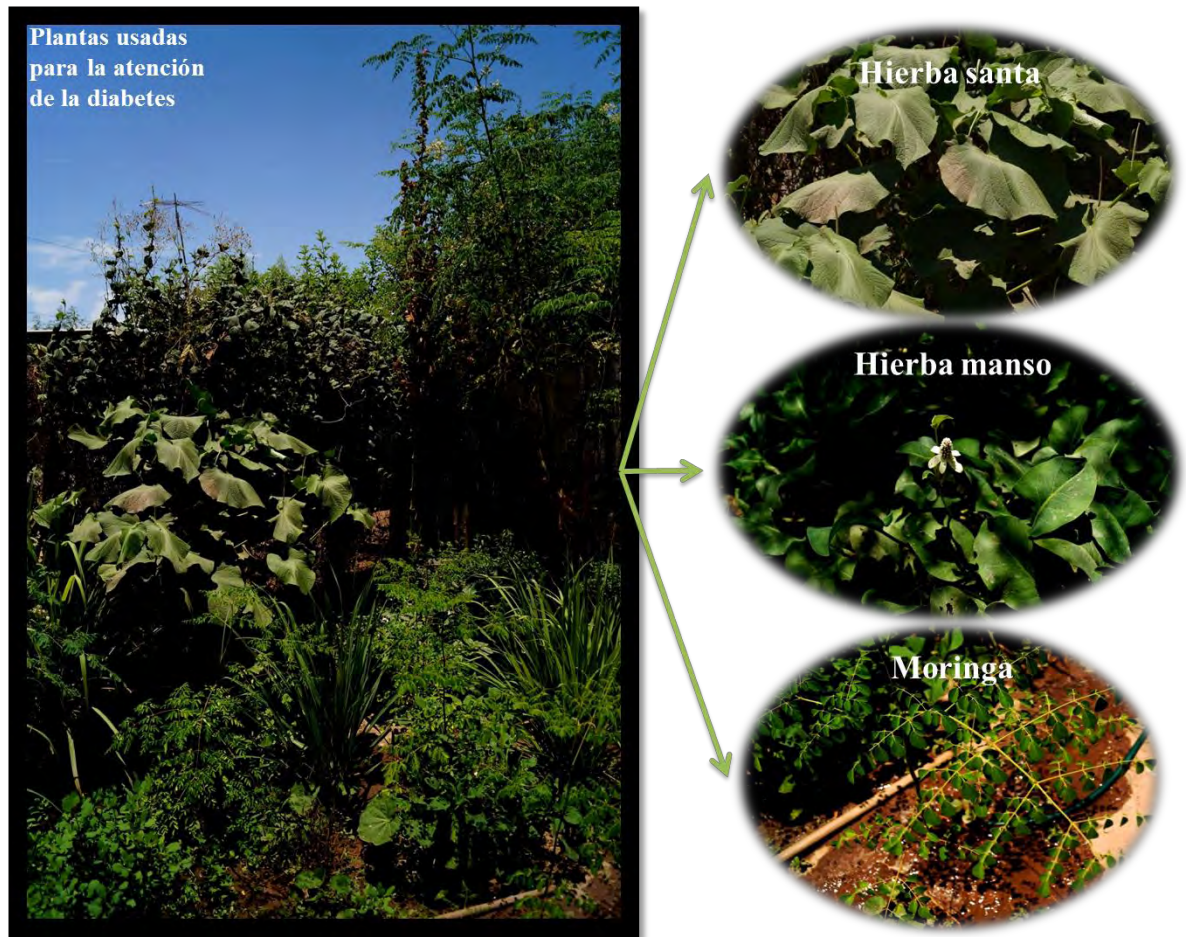


Imagen 5 Plantas usadas en atención a la Diabetes

El “gusto” por la comida entre el grupo doméstico

—E gustos no está nada escrito” o —en gustos se rompen géneros” son frases muy conocidas, al menos en México que dejan claro que cuando se trata de preferencias puede resultar cualquier cosa. Aunque por —gusto” puede entenderse justo esto, una preferencia, hacemos referencia a que nuestro contacto con el mundo es a través, principalmente, por nuestros sentidos. Korsmeyer, desde la filosofía, trae a la discusión estos sentidos. La autora comienza por los inicios cuando Platón y Aristóteles los jerarquizan, dejando en

primer lugar en orden de importancia al sentido de la vista. Aunque todos están relacionados con la *percepción*, considera que ésta es la ventana al mundo.

En el caso del sentido del gusto, el cual interesa aquí, Platón identifica los cuatro sabores reconocidos por la psicología actualmente: amargo, dulce, agrio o ácido y salada, aunque le suma áspero, astringente y acre³⁰. Estos dos filósofos relacionan a la comida con el cuerpo animal, es decir siempre ligado a los apetitos, contrario a la razón. Entonces, la glotonería se ve como un adversario de la filosofía y del amor por la sabiduría. El “sentido del gusto” lo vieron como un cómplice en “los peligros del apetito” por ser el responsable del disfrute de la comida y que incita a los excesos (Korsmeyer, 2002).

Más allá de esto, el sentido del gusto ha sido poco estudiado, a lo que más se le ha prestado atención es a conocer los mecanismos en donde intervienen los aspectos sensoriales al elegir alimentos. Se ha determinado que las experiencias culturales afectan las percepciones del gusto y su calificación. Bahr en 1974, ya relacionaban al consumo de dulces y la diabetes, donde insinúan una percepción de la relación entre el consumo de dulces y los síntomas de la enfermedad (Messer, 1995).

Como era de esperarse, el gusto varía entre los diferentes miembros del grupo doméstico. Pero está determinado y limitado por condiciones fisiológicas, culturales, geográficas y más allá, económicas y por cuestiones de salud. Es decir que aunque algunas cosas les gusten los motivos por los cuales no pueden darse el placer de degustar los alimentos que consideran como los preferidos están relacionados con los factores anteriores. Uno de los discursos deja entrever que por vivir en una situación de pobreza el gusto se reduce a “pos

³⁰ El sabor áspero y acre se refieren a sabores como picante, mientras que el astringente es más amargo. Los tres son más fuertes u ofensivos al sentido y no están claramente identificados fisiológicamente.

quisiera comer de todo pero no nos alcanza el dinero” (Luz, 23 años). Por otro lado, la comida que más le gusta es eliminada o reducida por recomendación del doctor³¹.

Los gustos principales están diferenciados generacionalmente, (como en lo mencionado en el apartado de *tortillas*), pero mezclados a la vez. Los mayores, como el caso 3 prefieren los alimentos traídos de su lugar natal: Oaxaca; mientras que las hijas mayores del Caso 2, prefieren alimentos como pollo, carne y frutas como la fresa. La fresa en este caso les remonta a la época en que vivían en Ensenada, que coincide con el lugar que mencionaron como preferido para vivir. Así mismo, Luz, menciona que entre las frutas que más le gustan están el plátano, la manzana, la pera y la naranja.

Aun así la señora Andrea (EGO 3), aunque prefiere la comida de allá, dice que le gusta también las cosas que ha aprendido aquí y que su madre nunca le enseñó a cocinar como el chilorio, chorizo, jamón, salchicha, mantequilla, quesadilla ~~todo~~ eso no comen allá, no, pero aquí eso son lo que aprende uno aquí, pero allá, puro estilo de allá hace mi madre” (Andrea, 40 años). Es decir, los gustos se han modificado con la migración, integrando y eliminando otros, pero la distinción más notoria es la determinada geográficamente: comida de aquí y de allá.

O como el caso de la señora Frida, quien dice que ella come de todo, que no se detiene a pesar de que le han dicho que ~~le~~ hace daño”. Ríe cuando dice esto. Ella, por su situación laboral tiene la posibilidad de tomar lo que quiera de la tienda, aunque estos alimentos sean en su mayoría industrializados. A ella ~~le~~ gustan” los alimentos que come, entonces ¿por qué habría de dejarlos?

³¹ Este aspecto tiene gran relevancia en el tema, el cual se hecho mención en el apartado de “Soda”, “Tortillas” y más adelante en “La atención a la enfermedad”.

Las comidas y cocinas

Cuando intenté clasificar los alimentos y las comidas salieron varias clasificaciones. De todos los alimentos que ellos mencionaron consumir, algunos que pude comprobar que consumían, comprobado por los que documenté en mis observaciones en las tiendas, lo primero que organicé fue las *comidas* de acuerdo a sus clasificaciones y después, los alimentos de acuerdo a varias características las cuales son las que menciono a continuación.

La clasificación que presento a continuación es una propuesta de lo encontrado, al analizar las características de las menciones, se puede ver que existen muchas otras formas de clasificarlos. Aquí algunas son asociadas a aspectos físicos, como el frío o calor, o a lugares, o a festividades, incluso al estatus. Pero la posibilidad de clasificarlo en maneras diferentes brinda el panorama de la gran variedad de percepciones que influyen al momento de hacer las categorías, es decir, que a partir de lo que se considere más importante y de las asociaciones en base a las experiencias es como surgen estas categorías que construyo a partir de los discursos.

Tipos

Después de varias entrevistas y lecturas de éstas, noté la presencia constante de la palabra *comida*, aunque esta tenía varias palabras asociadas a su uso y que se representaban por símbolos que creo he comprendido mejor. Así, hice una lista de todos estos, que yo le nombraría *tipos de comida*: de aquí, de allá o que viene del sur³², caliente, de humildes o

³² Por “el sur”, en Sonora se entienden los estados que quedan al sur de la zona norte de México, sin hacer diferencia entre el centro, sureste o suroeste.

medio sencilla, rica o más rica, dulce, sin grasa, con grasa, no comprada o gratis u original o natural, comprada o con puros químicos y, comida normal.

La *comida de aquí*, es aquella que han aprendido a hacer en Sonora, específicamente la del PMA o los alimentos que hayan introducido a su alimentación. La *comida de allá* se refiere a Oaxaca. Éstas dos implican una diferencia generacional como lo dice la señora Andrea –ellos nomas comen pura comida que hay aquí (ríe), ellos (los niños) no les gusta la comida que viene de allá”. Con *comida caliente* se refirieron a que el clima le da esta característica a la comida por lo que deja de saber tan bien, echa a perder más rápido los alimentos y pierde el sabor original, por ejemplo si dejan fuera el cereal se volverá comida caliente por lo que optan como en el caso 1, por meterlo al refrigerador. Aunque por otro lado, a otros alimentos les da un mejor sabor, como a las tortillas de harina de trigo.

La *comida de humildes o medio sencilla*, implica que son alimentos de bajo costo, muchas veces de pocos nutrimentos. El primer alimento que se elimina con este tipo de comida, es la carne. Este conjunto de alimentos rinde más e implica que se llenan aunque los alimentos sean monótonos y escasos. De cualquier forma, esta clasificación tampoco tiene que ver con aspectos nutricionales, más bien está ligado al poder adquisitivo de los alimentos, a la temporalidad del trabajo y al número de integrantes del grupo doméstico, tanto los que aportan económicamente como los que no. Y como en el caso del grupo doméstico de Julián, cuando la señora Diana dio a luz a Jazmín, tuvieron que disponer de dinero para mantener sus gastos en el Hospital de Hermosillo, por lo que el sacrificio en el gasto de la alimentación en los grupos domésticos se vio afectado.

La *comida rica o más rica* está asociada indiscutiblemente con el placer de comer. De todas las categorías, es la única de este tipo. Y casualmente, es la comida que está relacionada con las restricciones médicas. Esta *comida rica* puede hacer que la persona aumente las

cantidades, –como dos (tortillas) grandes... en cada comida... y si hay comida más rica, como dos y media o más” (Andrea, 40 años). O por ejemplo, la soda, que es parte de las restricciones médicas, pero el consumo obedece al gusto y hay quienes –si no tomaba soda no podía estar a gusto” (Daniel, 63 años). Por tanto, los alimentos que pertenecen a esta categoría se vuelven prohibidos pero deseados, donde la voluntad, será lo que los salve de caer en *la tentación*.

La *comida dulce*, que también pertenece a esta descripción anterior, y aunque también está asociada al sentido del gusto, se refiere únicamente a lo que se percibe como tal. De manera que, ninguna está asociada a las características nutricionales de los alimentos, sin embargo la *comida dulce*, si está más asociada al padecer diabetes. Por ejemplo, a los dulces de Chile o tamarindo no los consideran –dulces” y por lo tanto, el consumo de este tipo de alimentos está permitido para quien padece diabetes.

La *comida con grasa* y *sin grasa*, quizá sean las más relacionadas con un estado nutricional, como lo es el peso. Es decir, los alimentos grasos están asociados con el –engordar” y con una restricción de alimentos, es decir, con alimentos no sanos o que no hacen bien al cuerpo. En tanto usar o no usar *grasa* en los alimentos lo consideran una forma de cuidarse o hacerle daño a su organismo. Éste sin duda es un discurso proveniente de la sociedad occidental y de la medicalización de la nutrición, probablemente a través del centro de salud o de los medios de comunicación como la televisión. Aunque *sin grasa*, puede ser únicamente el discurso, porque a casi todo lo que cocinan le ponen aceite, lo cual

podría indicar que por grasa consideran a la manteca, como cuando la señora Juana dice que ~~no~~ le da (doy) comida con mucha grasa ni con mucho aceite³³ (Juana, 29 años).

La *comida no comprada o gratis u original o natural* se refiere a aquellos alimentos que pueden obtener directamente de la naturaleza, como los duraznos o mandarinas de los árboles en sus jardines o los mangos que solían agarrar en su niñez en el camino de regreso a casa. Y una característica asociada a estos alimentos es la relación con lo *natural*, es decir, que no tiene ningún químico o fertilizante agregado para que crezca, a diferencia de lo que ven en su trabajo. Esto les da un sentido de *comida original*, como originaria de la naturaleza, que no ha sido compuesta ni recompuesta.

Y por otro lado, el sentido de gratis también se refiere a una de las estrategias de obtención de alimentos, como lo es el intercambio entre las redes sociales. A veces entre los parientes se obsequian comida, se hacen preparaciones y se invitan entre ellos y viceversa. Cuando alguien puede, ofrece algo a las redes sociales. De este modo, esta agrupación se refiere más bien a una forma de obtención de los alimentos, y las características asociadas a ese tipo de obtención de alimentos, de la misma forma que el siguiente grupo.

La *comida comprada o con puros químicos*, que se refiere justamente a lo contrario del anterior grupo, aunque en el mismo sentido a la forma de obtención de alimentos. Esta estrategia la han tenido que emprender, en casi todos sus alimentos, ahora que están instalados en el PMA. Esto incluye a los alimentos envasados, embotellados, etiquetados y procesados que se obtienen en las tiendas o los puestos, o como los animales que aquí (PMA) se les inyectan químicos. Lo que llama más la atención de los grupos domésticos es que lo que allá (en Oaxaca o en Ensenada) podían obtener de la naturaleza (los árboles o el

³³ Cabe mencionar que tanto por la ayuda de los traductores como por algunas confusiones gramaticales al hablar español, a veces los sujetos se referían a ellos mismos en tercera persona, sin hacer diferencia entre sexos y en otras ocasiones confundían el tiempo de los verbos.

mar), aquí tienen que comprarlo a precios muy altos (considerando que en algún momento los obtuvieron gratis).

Y, la *comida normal*, que es la considerada como cotidiana, la que han aprendido a hacer y por lo tanto, la que les han enseñado a sus hijas a preparar. La que a pesar de ser repetitiva, le tienen cierto gusto y la que ante las fluctuaciones en el ingreso del grupo doméstico, no varía tanto por ser parte de una alimentación “básica” y que su preparación no es tan costosa como la adquisición de otros alimentos. Tal como los frijoles, las tortillas, la salsa y la sopa. Y aunque en esta comida se puedan incluir los otros, la *comida normal* hace diferencia por ejemplo a la que se prepara en las fiestas.

Esta tipología, más que una categorización estricta de los conjuntos de alimentos, es una reflexión sobre las diversas clasificaciones que los sujetos tienen en el colectivo imaginario, aquí la coincidencia, más que la palabra *alimentación* fue la palabra *comida*. En donde *comida* se refiere más a un tipo de alimentos o a características comunes compartidas por ciertos alimentos o preparaciones, indistintamente pero que formen parte de este grupo. Sobre esta idea de conjuntos, Cubero concluyó después de analizar diversos estudios de percepciones que los sujetos siempre tienden a categorizar de acuerdo a características comunes (Cubero, 2005). Por ejemplo, por comida de allá están las tortillas de maíz y el mole. Esta característica asociada a un espacio y territorio geográfico no tiene nada que ver con la agrupación destinada a la orientación alimentaria, como por ejemplo, el plato del bien comer³⁴.

Un aspecto relevante, es que a la *comida*, también solían llamarla como *cosa*, por ejemplo *comida dulce* o *cosas dulces*. Que hacían referencia del mismo conjunto de alimentos, es

³⁴ El Plato del bien comer es una herramienta gráfica usada para brindar orientación alimentaria. Actualmente aparece no únicamente como parte del sector salud, si no en algunos productos empaquetados como lo son los cereales.

decir que a veces se usaba de manera equivalente este término. Esto refuerza el hecho de que la clasificación de los alimentos es en base a características que les dieran sentido.

Y finalmente, *comer como antes*, que hace referencia más a los cambios alimentarios que han realizado de acuerdo a las prescripciones médicas y como parte de la atención a la enfermedad y los cuidados o precauciones que han tomado ante la presencia de la diabetes (sobre estos cambios profundizaré en los siguientes capítulos). Lo interesante de esta mención es que hay una clasificación de un antes y un después del *tipo de comida* en base a la presencia de una enfermedad.

Los alimentos en el proceso migratorio

La alimentación, aparte de variar o modificarse por las actividades cotidianas, en el pueblo triqui se puede ver la huella que la migración ha dejado en sus vidas. Específicamente en los grupos domésticos de estos casos quienes han seguido una trayectoria migratoria importante, guiada más o menos por las temporadas de los campos agrícolas, ocupación frecuente de la población que ha salido de las comunidades. Los campos agrícolas del noroeste del país ofrecen una opción laboral viable (de acuerdo a su percepción) para salir de la comunidad en Oaxaca y tener una vida ~~mejor~~ mejor”.

En estos grupos domésticos hay diferentes puntos de vista, algunos como Luz y Nancy (23 y 21 años respectivamente) quisieran vivir en Ensenada, donde ellas recuerdan que se vivía muy ~~agusto~~ agusto”. Aquí comían fresas constantemente porque sus padres trabajaban en un campo donde las cultivaban, así que se acostumbraron a éstas. Mientras que sus hermanos menores no, ya que nunca han conocido otro lugar para vivir más que este, aunque por lo poco que han platicado sobre otros lugares, les gustaría conocerlos.

El caso del señor Daniel es similar, él prefiere Ensenada para vivir porque ahí tenía cerca la playa y comía almejas, camarones y pescados que ellos mismos podían sacar del mar. Mientras que aquí “puro comprado” como dice también el señor Julián. Estos discursos son diferentes a la percepción de la señora Andrea. Ella se casó con su marido pensando que él la iba a llevar de vuelta a Oaxaca, a su tierra y con su gente, sin embargo eso no ha sucedido. Así que ella compra cuando traen los alimentos de la región de origen y los guarda para comerlos ella sola porque a sus hijos, no les gustan. Estas percepciones y opiniones se basan en las experiencias de vida que han tenido, para los miembros más jóvenes, Oaxaca es únicamente el recuerdo y a veces ni siquiera suyo, sino de sus padres. Los cuatro grupos domésticos se han instalado en el PMA ya por varios años y se han ido adaptando a las condiciones de vida que éste lugar les ofrece.

Al respecto, Tinat estudió las relaciones en el hogar específicamente al retorno de las personas que han migrado. La autora comenta que los sujetos que se quedan en el ámbito rural, en comparación con los que migran a zonas urbanas, manifiestan un intento por *comulgar* con los parientes inmigrados e incorporar ciertos alimentos como parte de una negociación. Aunque si bien es cierto esto, no se puede omitir la atracción y facilidades que brinda la cercanía con la urbanidad y modernización que se tiene actualmente incluso en las zonas rurales, esto es, la presencia de alimentos tanto industrializados como comida rápida de las zonas cercanas deja huella en las prácticas de los sujetos (Tinat, 2008).

Las diferencias que mencionaron en cuanto a su alimentación, considero que son más de un tipo de disponibilidad de los alimentos. Es decir, las formas de preparar los alimentos y la idea sobre ellos, incluso los gustos varían únicamente en función de la disponibilidad de los alimentos. Así como Harris planteó en uno de sus textos, que la alimentación y las razones culturales de la ingesta de alimentos está determinada por condiciones materiales, donde de

acuerdo a los costos beneficios se consumen o desprecian ciertos platillos o alimentos (Harris, 1989). Es decir, el comer fresas habitualmente, aunque haya sido socialmente aceptado (por el grupo doméstico), es muy difícil seguirlo cuando la disponibilidad de este alimento implica un costo muy alto para los beneficios que les pueda proporcionar esta práctica.

CAPÍTULO 5. El proceso intermitente de la enfermedad del azúcar

Y la diabetes, el azúcar ¿cree que se pueda curar?

...Pues, con la insulina sí (Julián, 49 años)

La enfermedad de la diabetes es también conocida como *azúcar* o *diabetis*. Forma parte del *proceso salud/enfermedad/atención*. Para los grupos entrevistados, es un estado que a veces está y otras veces no, aunque en las enfermedades crónicas degenerativas se ha visto que cuando la persona se asume como diabética (en este caso), toma el rol de enfermo y se asume enfermo o enferma por el resto de su vida, esta enfermedad podría ser un estigma que les haga modificar la construcción del yo, como Goffman ha planteado (Goffman, 1995). Aunque recientemente, en el caso de la diabetes un estudio concluye se le ve como una entidad curable y que esto se relaciona con el *control* (Torres López, 2004). Pero antes de entrar en esta discusión, planteo aquí el proceso que han seguido los sujetos triquis de estos grupos domésticos.

En el transcurso de esta enfermedad suceden varios cambios en el organismo. Tiempo antes de que se presente el problema como tal hay una serie de situaciones fisiológicas que se

alteran debido a constantes niveles de azúcar (glucosa³⁵) en la sangre pero no tienen aún manifestaciones. Sin embargo, llega el momento en el que el cuerpo no puede manejar este desequilibrio³⁶ y es entonces cuando la persona puede *sentir* que ~~algo~~ raro” está pasando en su cuerpo. Aquí podemos ver cómo las dimensiones de la enfermedad les implican malestar social, personal y familiar.

Las señales

Las vidas de estos cuatro grupos domésticos transcurrían, por decirlo de algún modo, de forma normal. Hasta que uno de los integrantes del grupo doméstico (padre o madre, según el caso) comenzó a notar cambios en su cuerpo, alteraciones en sus sentidos y sensaciones extrañas, mientras que los otros miembros del grupo doméstico también se percataban de algunas cosas. Entre estos cambios empezaron a ir mucho al baño a orinar (más de lo habitual y en algunas ocasiones hasta el punto de la molestia). Las actividades que realizaban de manera normal comenzaron a cansarles, una debilidad les invadía las piernas. No sentían ánimos ni ganas de hacer las cosas. La visión a veces se tornaba borrosa. En una frase ~~yo~~ sentía mal”. Señales que de pronto ya no podían ignorar.

Estas señales son compartidas por el grupo doméstico y por quien empezó a sentirlas. Algunas veces en las charlas con los grupos domésticos solían decir cosas como ~~decía~~ que sentía esto”, o ~~dijo~~ pero yo no le pregunto qué siente” (Nancy, 21 años). Como dejando a

³⁵ La glucosa es la principal fuente de energía contenida en los alimentos, ya que durante el proceso de la digestión, para muchos componentes de los alimentos ésta es la forma última para su absorción en el organismo. Por lo tanto, los alimentos la contienen aunque no tengan el sabor dulce característico del “azúcar” ya que esto varía de acuerdo a la forma y cantidad en que esté. Por ejemplo el pan salado o los huevos.

³⁶ El desequilibrio se da cuando la insulina normal producida por el organismo que de manera natural procesa la glucosa (o el azúcar) ya no es suficiente para hacerla integrarse al organismo, es entonces cuando comienza a acumularse en la sangre.

la luz que le creían ya que no había forma de saber exactamente lo que le sucedía, esto es más en el caso de los señores. Ante estas señales, los cuatro tomaron acciones.

De modo similar, los signos de la diabetes son evidentes en los servicios de salud biomédicos por lo que se procede a realizar un estudio de glucosa en la sangre. Este consiste en pinchar un dedo y colocarlo en una banda especial para leer lo que hay ahí y verificar el nivel de glucosa en la sangre que marca el aparato. Es entonces cuando se comparan con los valores establecidos como normales y se da un diagnóstico oficial. De acuerdo a la Norma Mexicana, aunque existe un estado de pre-diabetes, la diabetes se diagnostica con una cifra mayor o igual a 126 en ayuno (SSA, 2010b). Al cumplir esta condición (más los síntomas) es entonces cuando se les da la noticia.

El momento de enterarse

“...no sé si un día malo que quizás por la preocupación, no sé pero fue cuando, cuando me dijeron” (Daniel, 63 años)

Los cuatro integrantes de los grupos domésticos que comenzaron con esas señales, decidieron acudir con un médico triqui reconocido por esta comunidad. Algunos llegaron con él porque le comentaban a la gente sus malestares y les decían que quizá tenían ~~el~~ “azúcar” o ~~la~~ “diabetis” y que era necesario que los viera él. Así, llegaron a él y en caso de EGO, él fue quien llegó a ella. Después de hablar con el doctor y de una prueba ~~de~~ “gota (de sangre)” como en algún momento le dijeron, les confirmaron sus sospechas. Con 400 de azúcar le dijeron al señor Daniel que tenía ~~esta~~ “clase de enfermedad”, a la señora Andrea con 600, a la señora Frida con 338 y el señor Julián, la cifra más alta que recuerda es de 270.

El lugar en que les dieron este diagnóstico médico, en los cuatro casos fue aquí en el PMA. Ya tiene algunos años para varios de ellos, están entre los 10 y 1 año de haberse enterado de esta enfermedad en su cuerpo. Este momento dejó huella en su vida, ya que a pesar de que tengan diversas percepciones sobre los motivos de tenerla, las prácticas que deben realizar para mitigar los síntomas cuando éstos los aquejan y sobre todo, sus ideas sobre este mal. Por tanto, aun a pesar de la diversidad entre esto, todos comparten que la tienen, aunque sea a veces. Los demás integrantes del grupo doméstico, saben poco menos de esta enfermedad que a quienes les dijeron padecerla, por tanto, los conocimientos que tienen de la situación son a través de experiencias de sus parientes.

El porqué del “diabetis”

“pues a lo mejor alguna cosa he hecho mal y lo merezco” (Daniel, 63 años)

Los motivos de por qué esta enfermedad está presente en su cuerpo y en su vida, son diversas. Pero hay algunos elementos en común entre estos cuatro grupos domésticos. Algunos sentimientos están relacionados con su aparición, o lo principal, algunas prácticas o hábitos se asocian con esto. Y también están los elementos morales que rodean a las enfermedades en general. E incluso, algunas características climáticas asociadas a los eventos de estos relatos o experiencias cercanas. Así, estas causas se entrelazan de manera que hay algo constante en sus vidas y por algún periodo de tiempo y de repente, un hecho que de manera transversal o circunstancial hace que se presente esta enfermedad.

Como por ejemplo, el caso del señor Julián, cuya práctica constante y de larga duración (hasta el punto de ser una enfermedad como tal) está el alto consumo de alcohol, su alcoholismo. Su consumo era alto y frecuente, por periodos aumentaba y ya le causaba

problemas en varios aspectos de su vida, no obstante un día lluvioso se enfermó, como cuenta su hija:

“salía del trabajo y se iba a tomar, hasta un día cayó sábado y domingo y ya no estaba en la casa, fue el sábado y el domingo y ese día llovió mucho, mucho hasta el campo se hundió por el agua, luego de ahí po'quién sabe dónde se quedaría dormido pero él dijo que nomás se acuerda que salieron de un monte y de ahí llegó al otro siguiente día y se sintió muy, muy débil o algo así pero pensó que era por la cerveza que tanto ingirió. No sabía que era de azúcar” (Luz, 23 años).

En otros casos, más que una práctica constante, es un sentimiento: la tristeza. La tristeza que el señor Daniel sintió por mucho tiempo ante la muerte de su madre y la preocupación que esto le acompañaba le desencadenó esta enfermedad, según la percepción de su esposa Juana. Aunque para él, la preocupación y un mal día fueron las causas, ante lo su reacción no fue de miedo, sus pensamientos fueron: *“alguna cosa he hecho mal y lo merezco”* (Daniel, 63 años). Cabe mencionar que él es el pastor de una iglesia Evangélica, por lo que los aspectos morales del castigo/penitencia están más presentes en sus relatos.

Algo similar es el caso de la señora Andrea, quien por cierto también tiene muy presentes sus creencias religiosas. Ella considera que *“le pegó”* cuando su hija la primera se casó y se fue a vivir a la casa de su marido. Su hija también acepta esto como causa. Ante este hecho, ella sintió una soledad y tristeza muy profundas que le provocaban mucho llanto y en algún momento de ese llanto tomó soda, y así de fácil *“por cosa de nada”* le pegó. Sin embargo, en su religión le dicen que esto viene del enemigo quien es el diablo, ante lo cual la única defensa es la fe y el orar. El tomar soda no es la única forma en que relaciona un alimento (bebida) con la aparición de la enfermedad, también comentaba que a través de la gordura

viene también. Y en este caso en particular, ella suele acudir a la clínica más seguido que los otros tres casos.

Como parte de las causas percibidas por el grupo doméstico están la tristeza por mucho tiempo ocasionadas por la muerte de un familiar cercano y la preocupación. En otro caso, se iba a tomar mucho, lo cual coincidió con un día muy lluvioso y con quedarse dormido en algún lugar del monte, lo que le afectó haciéndole sentir muy débil, mientras que otro integrante dice que no sabe, aunque considera que a lo mejor se debe a que toma mucho. Y por parte de Ego, en un caso le atribuye a un día malo y a la preocupación, lo que coincide con lo que el grupo doméstico percibe aunque también menciona que quizá alguna cosa ha hecho mal y por tanto, lo merece. Y en el otro caso, EGO dice que por la tomada, aunque no sabe exactamente.

Tiempo desde las primeras señales

La percepción respecto al tiempo de padecer la enfermedad varía entre el grupo doméstico y Ego en un caso, donde la esposa dice que de 3 a 4 años de que su esposo la padece y él dice que 1 año. En el grupo doméstico de Julián (EGO 2), Nancy su hija lleva la cuenta en referencia a un cambio de residencia (la llegada al Poblado) mientras que Ego 2 sabe que son 10 años que ya lleva con esta enfermedad. Sin embargo, el hecho de padecerla no es referente a la cronicidad, ya que no es un padecimiento constante porque en sus términos, es una enfermedad que se puede quitar con ciertas prácticas, que se sana o que ya no se tiene la enfermedad cuando los niveles de azúcar llegan a los normales. La planta “moringa” es una de las causas por las cuales la enfermedad se va o desaparece. El “ya no tener azúcar” está reafirmado por los discursos de los médicos

Para Andrea, EGO 3 este malestar tiene unos 5 o 6 años, y dice *–ya duró*”. Desde que su hija se casó, este mal le ha complicado la forma de relacionarse con el mundo y con los alimentos. En el caso de Frida, EGO 4, ella sabe desde que su último hijo nació, hace seis años en donde le quitaron la matriz porque la doctora decidió que ya tenía muchos hijos. A partir de esto, comenzaron sus malestares.

Ser diabético o gente que se le sube el azúcar

“...ya, que los médicos ya le dijeron (a mi esposo) que ya no tiene azúcar” (Juana, 29 años)

Cuando esta enfermedad se detecta y se diagnostica en el sistema biomédico, a los sujetos se les asigna la identidad de *diabéticos*. Automáticamente la persona pasa de un estado normal a un cambio de identidad, asumiendo en mayor o menor medida este rol. Algunos estudios también hacen referencia a la existencia del *–paciente diabético*” (López-Amador y Ocampo-Barrio, 2007) (García González et al., 1997).

Sin embargo, solo en dos ocasiones mencionaron la palabra *–ser diabético/a*”. En ningún otro momento encontré esta apropiación del estigma de *ser* diabético. Aunque es necesario mencionar que en ambas ocasiones, me ayudaron mediante traducción simultánea, de modo que lo atribuyo al lenguaje que tienen quienes me ayudaron. Ambas personas, por hablar el español, tienen más contacto con los medios de comunicación, por otro lado, con los servicios de salud ya que Libertad es trabajadora social y está casada con un médico. Así que, tomando en cuenta el contexto en que esto se dio, la apropiación del *ser diabético/a* no tiene las huellas tan marcadas como por ejemplo el *ser triqui*, cuya identidad es para toda la vida, porque así nació y así serán, mientras que en cuestiones del azúcar, la enfermedad le llegó y a veces se sube y a veces no.

Entonces, por la poca mención que tuvo y por la forma en que se referían a las diferentes etapas del proceso de esta enfermedad, es posible que no la vean con la misma característica de cronicidad que se le ve desde la biomedicina. Es decir, cuando los niveles de azúcar están bajos, se toman acciones ante esto y cuando no, están bien o normal. Por tanto, no hay una apropiación del *ser diabético*, porque ¿cómo se puede *ser* algo, si no se es todo el tiempo? Y estas sensaciones están en relación con el sentir y más que nada con el poder realizar sus actividades cotidianas, es aquí cuando si la enfermedad se vuelve un impedimento, quiere decir que ~~le~~ pegó”. Y a veces dicen ~~pero~~ no tenía el azúcar ahora” (Daniel, 63 años).

Entonces, si aceptamos que si desde esta noción tan básica que plantean las ciencias biomédicas, ya que es parte de la definición y tipo de enfermedad, parte de ideas opuestas entonces no deberá sorprendernos que en otros aspectos también sigan diferentes lógicas, como en el de la comida. Por ejemplo, en el caso de la señora Frida, quien piensa que tener la enfermedad es ~~normal~~”, entonces no habría relación con lo que se come. Aunque como en la descripción de la soda, que su relación aparece a veces de manera implícita, no es un aspecto que se tenga muy claro y presente.

Socialización entre quienes se les sube el azúcar

“...cualquier gente que encuentro (con diabetes) y yo así le digo... te digo por ti y por tus hijos, porque los niños sufren cuando tú estás así, cuando te miran a ti, cuando definitivamente te miran que estás muy mal, te sientas... y se sientan a tu lado y te miran y quién sabe qué siente su corazón pero miras que la lágrima cae de su ojo y de todo eso le platico a la gente yo, así (hazlo) por tu hijo” (Andrea, 41 años)

En el centro de salud existen grupos cuyo propósito es socializar las experiencias de la diabetes y brindar información tanto a las personas como a los familiares de quienes acuden. Pero la mayor parte de la socialización que se da es entre ellos como entre las redes

sociales, lo cual forma parte importante también de sus nociones. Entre ellos surgen dudas, se dan consejos y también, se emiten juicios de valor respecto a las acciones de los otros sujetos.

En el caso del señor Daniel, que toma las plantas en té, cuando puede, intenta convencer a aquellos que sabe que les han dicho que tienen diabetes para que los consuma. La señora Andrea, les platica y les comenta lo que le dicen en el centro de salud, lo que ha escuchado en su iglesia para que adapten estas medidas en sus vidas. El señor Julián habla de que hay muchos en su colonia, que sabe que les han dicho lo mismo pero no les dice nada aunque a él le han hablado más de que deje de tomar. Y, en cambio, a la señora Frida le han dicho que eso es “pura mentira de doctor”, le han hablado de plantas, de preparados con limón pero no ha seguido ninguna de estas recomendaciones.

A partir de sus experiencias cercanas, el señor Daniel busca *cuidarse* porque su padre nunca lo hizo, así que no quiere seguir sus pasos ni darles ese ejemplo a sus hijos. La señora Andrea dice que ha aprendido a *cuidarse* y ahora que su madre también la padece puede orientarla porque sus hermanos, quienes no la tienen no saben nada al respecto. La señora Frida sólo lo habla con dos de sus hermanas, quienes también tienen “infectada la sangre” y bromean diciendo que ya deberían tomarse toda la soda y acabar con todo esto. Y para el señor Julián, tenerla es algo completamente desconocido en su grupo doméstico, aunque teme contagiarle a su esposa unas ronchas que le han salido por la enfermedad.

De esta manera *socializan* la enfermedad. Platican principalmente entre los que les han dicho que la tienen porque entre ellos se entienden más y mejor, porque quien no la tiene, no sabe realmente de eso (y ni quisiera saber). Así, ellos han observado que tanto entre sus

vecinos como los familiares que la tienen o la tuvieron, cada quién reacciona de diferente manera. Por lo anterior, ellos también asumen las prácticas que les sean convenientes, y de nuevo, que les den sentido. Y estas socializaciones sirven para conocer mejor o para confundirse más. De repente, más que información, se vuelve una fuente de “rumores”.

La atención ante las “subidas de azúcar”

La presencia de una enfermedad, como implica molestias y cambios en la vida, se emprenden acciones encaminadas a disminuir los síntomas y signos. Generalmente esto se hace de acuerdo a la gravedad percibida y se optan por medidas que impliquen menor costo y sobre todo, mayor efectividad. Aunque todo esto está siempre al margen de las actividades que se realicen.

Control y descontrol

“dice que se preguntan por qué (les dio diabetes) a las tres (hermanas) y que, qué ha van a hacer para controlar su diabetes que... si no se les hace que tomen mucha soda y que ya, ya se acabó con la soda, que así bromean” (Frida, 40 años traducido por Natalia)

Desde la biomedicina, lo esperado para las personas que tienen diabetes, es que logren un control metabólico exitoso. Esto implica mantener los niveles de azúcar en la sangre de acuerdo a los parámetros establecidos por común acuerdo entre diversas instituciones. En México se siguen en referencia a la NOM-015-SSA2-2010 (SSA, 2010b). Los alimentos, históricamente siempre han tenido un papel muy importante en la sociedad. De acuerdo a cada tiempo y lugar, las reglas varían, sin embargo en todas las sociedades se regula en mayor o menor medida el consumo individual. La cultura entonces, incluye prohibiciones a ciertas comidas o propicia la preparación o consumo de otras para ceremonias especiales. Por ejemplo, en la religión judeo cristiana se incluye la gula entre los pecados capitales. Es

por eso que Turner (1989) señala que en ocasiones, la misma práctica de alimentarse está asociada a términos como “caer en la tentación” o por el contrario, a prácticas como el ayuno para compensar algún aspecto de la vida (Turner, 1989). De esta manera, la alimentación es una de las formas más antiguas de control sobre el cuerpo.

En el discurso tanto médico como de los casos entrevistados aquí resulta la necesidad de un control ante la enfermedad ¿Qué implica un control de la alimentación? Según las cifras de la ENSANUT 2012, 3 de cada 4 personas no llevan un control metabólico adecuado (ENSANUT, 2012a) ¿Qué implica llevar este control entonces para un sujeto que pertenece a un grupo doméstico y viven en condiciones de precariedad y escases?

El *control* resulta provenir de un discurso biomédico. Constituye un parámetro de referencia en cuanto a las prácticas que *deben* tener con el fin de *cumplir* con estas prescripciones. El *control* puede tener varios objetivos, aunque el primordial es recuperar ese estado de salud perdido a causa de esas subidas de azúcar. Como mencionaba Turner, la alimentación es una de las formas más antiguas en que se buscaba el control del cuerpo (Turner, 1982). Entonces, existe esta noción de que hay un *descontrol* en sus prácticas, principalmente debido a un exceso, y que requiere de medidas de *control* para regularlas.

En el grupo doméstico del señor Daniel, este control no va destinado únicamente a él, sino que las prácticas de cuidado se buscan aplicar a todos los miembros del grupo doméstico. El control se usa de manera general para regular no sólo la alimentación, sino incluso el comportamiento de los hijos, así como sus obligaciones ante esta manifestación. En el grupo doméstico del señor Julián, no sucede esto, por el contrario, se le otorgan privilegios en términos de alimentación y de obligaciones, en este caso, la enfermedad sirve para exentarlo de algunas actividades.

En el caso del grupo doméstico de Andrea, también la exenta de hacer el negocio cuando le pega el azúcar, y ella busca que su grupo doméstico se integre a su control, sin embargo, el grupo doméstico no lo hace, a excepción de un hijo. Mientras que en el grupo doméstico de Frida, ni ella ni su grupo doméstico llevan prácticas destinadas a lograr un control.

En los primeros tres casos, lo mencionado se hace en nombre del *control*. Del apego a prácticas a raíz de la presencia de la diabetes. Lo que en su momento era normal hacer, ahora, como una mezcla de discursos, experiencias y nociones, cada uno ha adoptado las medidas que consideran más pertinentes para lograr este control. En momentos lo han logrado, pero terminan yendo al servicio de urgencias como parte de este control. Pero estas medidas de control que pudieran ser formas de *cuidado* las describo a continuación.

Cuidados

Entre los cuidados del grupo doméstico 1 y como medidas de control se encuentran muy relacionados con el aspecto religioso, así como la idea de cuidarse mediante el cuidado a las emociones (como el enojo y la preocupación) y el cuidado a la alimentación (como evitar grasas, soda, café y cerveza). También el deseo por parte de Ego de dar un ejemplo al grupo doméstico les indica que “deben hacer lo mismo”, de esta manera, los cuidados deben también aplicarse para los demás miembros del grupo doméstico. Así, la ingesta de la planta “moringa” es una actividad que aunque se hace porque él está enfermo, se tiene que hacer por todo el grupo doméstico como parte del “cuidarse”.

Por tanto, el tener control de su vida implica rezar, tener fe, evitar hacer corajes y pelear, pesarse, dar algunas vueltas caminando, tomar medicamentos y la “hierbita”, poner de su parte y hacer caso les ayuda a bajar los niveles de azúcar y por tanto los lleva a decir que “ya no tiene esa enfermedad”. De esta manera, la participación del grupo doméstico en los

cuidados se encuentra distribuida en un caso de tal forma que cuando hay algún enfermo sea la esposa quien cuide porque ~~ella~~ “está en la casa y no hace nada”, mientras que los hijos, ~~haciendo~~ “lo que él quiere” lo están ayudando a evitar que se enferme. Como parte de estos cuidados se encuentran el cortar la moringa, molerlo, hacer o asegurarse que se lo tome, no gritar y hacer la tarea, esto para evitar molestias, enojos y preocupaciones (como por las deudas).

Entre otros cuidados están ~~no~~ “tomar mucha soda, coca” y ~~que~~ “no ande mucho en el sol”. Este conjunto de prácticas lo ha llevado a recuperar otra vez la fuerza. Por otro lado, el segundo caso considera como síntoma importante y como aviso de que es necesario administrarse insulina y tomar medicamento, está relacionado con el ir mucho al baño. Así, cuando se siente ~~normal~~ “no es necesario tomar ninguna medida de lo que considera como cuidado. Y aunque se expresa una relación entre la soda y el azúcar, sólo sabe que ~~cuando~~ “me sube”.

Entonces, como parte de las recomendaciones del médico se encuentran no tomar (alcohol) e ir periódicamente (mensual) a que se le chequen los niveles en sangre. Y en el discurso, se manifiesta ~~el~~ “suero” como una práctica común y como parte de las medidas de atención, es decir, hasta que se encuentran síntomas muy graves es cuando se recurre al Centro de Salud, ya que llegan cuando el tratamiento debe ser inmediato y pronto. Se les administran 2 litros de suero que tardan una hora en ser introducidos al cuerpo y cuyo efecto es la rápida recuperación de los niveles de azúcar en sangre normales.

Unos involucran a los integrantes de su grupo doméstico en la atención a la enfermedad y los cuidados, pero a otros les sirve como aislante. La salud y la enfermedad son procesos individuales que se pueden compartir, y ya depende de la estructura del grupo doméstico el qué tanto se involucre cada integrante. No obstante, el involucrar al grupo doméstico es

cuestión también individual. "Es cuestión de uno", es decir, el discurso individualista parece estar completamente apropiado. Sin embargo, como en el caso 1, esta cuestión individual se está inculcando desde casa y en un sentido de prevención.

Maneras de curarse

El tratamiento que se recomienda va en dos líneas: no farmacológico y farmacológico. El no farmacológico incluye los aspectos nutricionales (la "pérdida de peso" y el *control* de la ingesta de alimentos), disminuir el hábito del tabaquismo, en otras palabras "implementar estilos de vida saludables" para el "buen manejo de pacientes diabéticos", educándolos. Y el tratamiento farmacológico indica el consumo de pastillas³⁷ y/o inyecciones de insulina (IMSS, 2009).

Al preguntar y observar más a estas cuatro personas y sus grupos domésticos, es fácil darse cuenta de la complejidad del tratamiento indicado anteriormente cuando las visiones del padecimiento son diferentes (en muchos sentidos, ya varios mencionados anteriormente) y en condiciones de vida precarias. Así que para *tratarse* esta enfermedad se actúa considerando esto anterior en las posibilidades y lógica de cada uno, más sus propios conocimientos.

Por ejemplo, el señor Daniel a veces toma dos pastillas por día, reza, sale a caminar, no come mucho de lo que sabe que le hace daño, les pide a sus hijos que no le hagan enojar ni preocuparse y tomar té. La señora Andrea cambió su alimentación, se inyecta insulina aunque una vecina le diga que eso es droga y procura no enojarse ni pensar mucho (en lo que la pueda afligir), pero cuando esto no es suficiente, va al Centro de Salud por su suero. La señora Frida acude ocasionalmente al doctor para que le apliquen el suero. Y, el señor

³⁷ Hipoglucemiantes orales

Julián toma pastillas y se inyecta insulina tres veces al día, todos los días (siempre y cuando no esté tomando alcohol) y finalmente, también va por su suero cuando siente necesitarlo.

A simple vista podría ser que emprenden acciones de atención dirigidas a su cura, pero a veces les funciona y a veces no. Aunque hay que ir más allá. El hecho de que digan que cambiaron su alimentación no necesariamente implica que lo hayan hecho en los términos que la biomedicina propone, sino que lo hacen con las nociones biomédicas pero desde su lógica categórica, como el caso de *los tipos de comida*. Por otro lado, las dosis de los medicamentos y las veces que la toman, no coinciden tampoco con las formas recomendadas, su uso no es constante y no van de la mano con las comidas que realizan³⁸.

Los cambios que aquellos a quienes se les sube el azúcar tienen varias manifestaciones. Aunque notan las señales de la enfermedad, les atribuyen a diversas causas. Como el caso de Julián, que cuando toma va mucho al baño y esto le molesta y le recuerda cuando le detectaron este padecimiento. Sin embargo, lo ha relacionado con la cerveza, ya que a diferencia del aguardiente, sólo al tomarla siente esa necesidad de ir al baño³⁹. Y es aquí cuando se inyecta la insulina y nota mejoras.

Atención en el Centro de Salud

En el Centro de Salud del PMA se brinda el servicio las 24 horas del día los siete días a la semana. De lunes a viernes hay cuatro médicos atendiendo consulta y en urgencias hay uno, mientras que los fines de semana son dos médicos los que están en urgencias, y dos lo que están en consulta externa. Entre los principales motivos de consulta en urgencias son los

³⁸ Esto tiene una implicación importante y palpable en el “sentir” ya que al no tomar los medicamentos en relación a los horarios de comida, les puede y les causa una “baja de azúcar”.

³⁹ Esto puede deberse a que la cerveza tiene propiedades diuréticas, es decir, que provoca muchas ganas de ir al baño

accidentes, los “pacientes diabéticos descontrolados”, enfermedades en los niños y embarazadas. Siendo los dos últimos los más frecuentes.

En el aspecto del lenguaje, el pueblo triqui se ve beneficiado por la presencia de dos médicos de habla triqui que laboran aquí. De modo que cuando llega un paciente que habla esta lengua, es más accesible y se pueden entender mejor, sin embargo, recordemos que esta es una localidad conformada por migrantes de muchas regiones, principalmente indígenas de la República Mexicana (y de otros lados), por lo que las variaciones lingüísticas son bastantes. En estos casos, el personal hace uso de su recurso de “clínica” y evalúa el estado de salud únicamente en base a estos criterios. En consecuencia, cuando es necesario, se toman decisiones sobre tratamientos o acciones en base a lo que los mismos doctores consideran como necesario en pro del bien de los que acuden a la clínica.

Para la atención a la diabetes, en el Centro de Salud se les brindan pláticas de promoción a la salud a donde asiste todo el grupo doméstico de quien la padece. Estas pláticas se dan en español. También cuentan con una nutrióloga y un pasante en nutrición. Los médicos dicen que sí llevan un *control*, en términos nutricionales de la ingesta calórica, los carbohidratos y triglicéridos. Aunque el problema en esta parte es el no “apego al tratamiento”, ya que no asisten a sus citas mensuales y cuando vuelven a ir ya presentan complicaciones.

El doctor

Del sistema biomédico identifiqué a tres actores reconocidos: el médico, el Centro de Salud y el Hospital. Mientras los dos últimos se refieren a instancias, el primero se refiere a la figura o rol que representa el *doctor*. El Centro de Salud es reconocido como ese espacio a donde van a que *el doctor* los atienda, aquí les dan medicamento y los tratan cuando se

sienten *muy* mal. El Hospital es a donde se van los casos muy graves o para dar a luz aunque aumenta el costo. Es también un espacio reconocido como parte de la atención a la salud, aunque en realidad, más a la enfermedad. Pero el médico o doctor, representa mucho más.

Ya que por ejemplo, en las pláticas que tuvimos sobre las instituciones de salud, al Centro de Salud se le identificaba por "el doctor"⁴⁰, ya que aunque sí dicen que van al Centro de Salud, el término es equiparable como ir al doctor, es decir una imagen, una figura, un símbolo, más no un sistema de salud. Y por otro lado, el apoyo económico que reciben a condición de asistir a pláticas o al doctor no lo reafirma como lo que pretende ser: un sistema de salud.

De manera que TODO⁴¹ lo que dice el doctor es interiorizado, así que en la forma en que ésta se interioriza es la manera en que se cumple, es decir, en la medida en que el doctor y el paciente compartan signos, significados y lenguajes en común será la medida en que estas prácticas de cuidado que sugiere la medicina se pongan en práctica en su vida cotidiana. Por tanto, si consideran que lo que el doctor les dice está dentro de sus posibilidades y tiene una lógica que les haga sentido, entonces lo llevarán a cabo de acuerdo a eso, de lo contrario, no lo harán⁴².

El papel de los nutriólogos en la atención a la enfermedad

A lo largo de los discursos, únicamente una vez mencionaron al nutriólogo/nutrióloga. Y cuando se mencionó fue después de que yo pregunté si en el Centro de Salud había sido referido con este, a lo cual obtuve lo siguiente por respuesta: —¿pue' cuando lo mandan con

⁴⁰ Aunque se podría ahondar en otras investigaciones sobre si por *doctor* consideran a todo el personal de salud.

⁴¹ Y aquí resalto la palabra "todo"

⁴² Como en el ejemplo de las tortillas de harina y de maíz

ese pue', qué, qué es lo que hacen?" (Julián, 49 años). Esta confusión indica varias explicaciones. Quizá, por la inconstancia que tiene al asistir al centro de salud no lo han referido, probablemente no se acuerda si es que lo han referido o alguna vez acudió y quedó confundido respecto a lo que sucedió en el consultorio. De cualquier modo, lo anterior implica un papel poco representativo en el imaginario de los grupos domésticos. ¿Por qué?

¿Y el género?

Las relaciones de género están inmersas en cada uno de los temas, tanto en los aspectos de las actividades, como las reacciones que se tiene ante la enfermedad. Y más que las reacciones, las obligaciones que se asignan ante esto. Los papeles que se tienen en cada uno de las situaciones en donde se vinculan estas prácticas de alimentación en los grupos domésticos y las atenciones a la enfermedad que requiere una con tan estrechos vínculos entre estos dos aspectos donde confluyen, como la misma definición implica, tanto las relaciones de poder como las relaciones sociales basadas en características biológicas.

La categoría de género por sí sola no explica todas las desigualdades existentes entre los individuos, no obstante puede ayudar a ver que estas inequidades se ven reforzadas cuando se consideran las condiciones económicas. Como en estos casos, a pesar de comparar a la alimentación en los grupos domésticos en padres y madres que padecen diabetes, pude encontrar similitudes entre el Caso 1 y el Caso 3, en donde, para empezar, el número de dependientes económicos era menor que en los otros dos casos. Esto a diferencia del caso 2 y 4, en donde el aporte económico más importante es proveído por la madre.

Para el caso 3, el papel de la enfermedad es más protagónico en su vida. Las formas en que se mezcla la diabetes en su vida, tanto que le impide hacer el negocio. Sin embargo, las

estrategias de apoyo de su grupo doméstico van más encaminadas a la obtención de recursos en el caso de los hombres y las hijas la apoyan para hacer *el negocio*. En el caso de la otra madre, el caso 4, ella también se encarga únicamente de su enfermedad. Ni el esposo ni los hijos saben mucho de lo que padece o de lo que se trata. Tienen algunas nociones pero la enfermedad les pertenece más a ellas que al grupo doméstico. Así que únicamente los demás miembros que la tengan o la lleguen a tener sabrán entonces de lo que se habla, cuando no la tienen, no es entonces un tema del que se hable.

Mientras que en el caso de los hombres, la enfermedad a veces les sirve incluso para ejercer más su poder por medio de estas prácticas tanto de cuidado como de prevención en las que el objetivo sea preservar el bienestar del hombre del grupo doméstico, aunque como en el caso 2, no sea ni siquiera el proveedor principal. En el caso 1, la enfermedad les sirve para mantener el ejemplo de una forma de vida que impliquen prácticas del *buen comportamiento*. Algunas quizá mezcladas con elementos religiosos. Así que en ambos, sea el papel que tengan en el grupo doméstico (en tanto proveedores o no), su enfermedad les reafirma y les apoya en las decisiones, que si no eran cuestionados, en nombre de la enfermedad lo son menos.

Llama la atención que cuando se trata de las madres, el grupo doméstico está menos involucrado a diferencia de cuando es el padre. Que las actividades destinadas al cuidado, en el caso de las mujeres y de los hombres sean atendidas por mujeres. Aquí reafirmo lo que ya han plasmado algunos autores como Osorio, donde la mujer es la principal cuidadora (Osorio, 2001). O como menciona Salas, que cuando se trata de decidir y actuar respecto a la alimentación y los cuidados de los bebés, son las madres, los familiares

mujeres y las redes sociales mujeres quienes tienen un mayor peso en la toma de decisiones (Salas, 2011).

CAPÍTULO 6: Reflexiones finales

Las prácticas de alimentación en los grupos domésticos son una expresión de elementos culturales, políticos, sociales e individuales que son reproducidos y construidos social e históricamente. Es decir que en estas prácticas, las cargas culturales y de identidad tienen un peso significativo, muchas de ellas están marcadas también por el género. Por tanto, los procesos de comer y enfermar son expresión de estas relaciones. A veces se presenta de manera implícita y otras explícitamente, no siempre son tan visibles o claras pero siempre se encuentran mezclados los aspectos biológicos y culturales.

En las prácticas alimentarias podemos ver las tres dimensiones que plantea Gaíza. La dimensión histórica en cada una de las trayectorias de los miembros de los grupos, la dimensión del léxico se puede ver en el lenguaje construido en la socialización entre aquellos y aquellas a quienes se les sube el azúcar. Y la dimensión cultural se expresa en su organización familiar y sobre todo, a través de la identidad que se construye en cada platillo.

Las edades, lugares de nacimiento, actividades y los gustos de cada integrante del grupo doméstico particularizan las formas de comer, mientras que las experiencias, los lugares y el día a día compartido hacen del comer un hecho social. Es decir, que la alimentación tiene los elementos de identidad, por tener aspectos propios para distinguirse y formas comunes para ser parte. Este hecho se ve marcado cuando se presenta una enfermedad como la diabetes que implica que se expresen los elementos históricos, culturales y semánticos de las prácticas, a través de sus discursos.

En estos sujetos, la migración ha influido en sus vidas de una manera tal que se puede ver generacionalmente, pero también los ha hecho cuestionarse sobre algunos aspectos que pensaban como únicos y determinantes. También les ha hecho realizar comparaciones sobre su lugar de origen y los que han estado en cuanto a la vida que ahora llevan. Esto también es una forma de reafirmar su identidad. Los alimentos forman parte de esta trayectoria y algunos sólo queda en el recuerdo, algunas veces se extrañan y se buscan medios para no perder esa conexión con su vida pasada.

En estos grupos domésticos se pueden ver las negociaciones entre los miembros migrantes y los ya no son migrantes. Aquí se refleja también la cercanía con la gran diversidad de productos industrializados, y en este lugar, con productos regionales. Así cada uno incluye o rechaza en su alimentación los alimentos que por sus experiencias de vida no les dan sentido ni tienen un papel importante en sus vidas ya que las formas de comer son una expresión de sus identidades. Por eso cada miembro trata de negociar para homogeneizar sus prácticas alimentarias cuando se trata de comer en familia.

En cuanto a los aspectos que los hacen *ser triquis* como las festividades encontré algunas variaciones entre los discursos. Estas imprecisiones dan cuenta de algunos cambios, sustituciones o quizá pérdida en cuanto al sentido y a la forma en que las tradiciones se realizaban en su tierra natal. Aunque en todas las celebraciones, los alimentos o platillos considerados especiales siempre están presentes, quizá también tengan cambios notorios pero son especiales porque el costo es más elevado y las preparaciones son más elaboradas a comparación de las habituales.

Las percepciones que van construyendo los sujetos de estos casos visibilizan la forma en que ellos relacionan y categorizan sus vivencias, pensamientos, sentimientos y prácticas. La

experiencia de la migración representa una huella indeleble en sus vidas, modifica su percepción de las cosas e incluso, provoca que realicen categorías en base a este proceso. Por tanto la alimentación y la enfermedad, como procesos también y situaciones en la vida, no son la excepción.

Por un lado, al concepto de *alimentación*, no se le percibe como tal, se le ve más bien de manera desarticulada, ya sea en alimentos o en platillos. Incluso a algunos se les llama con el nombre de las marcas más reconocidas. Como es el caso de ~~la~~ "coca". Aunque no es de igual manera en el caso de la maseca, porque ésta, más que sustituir a un alimento, se introdujo a la alimentación. Lo interesante es el posicionamiento que algunos productos industrializados tienen, que va desde la mesa hasta el vocabulario que usamos para referirnos a ellos. Por ejemplo el término cereal está más apropiado por la industria de las hojuelas de maíz que por el mensaje que la Nutrición quiere hacer llegar. Entonces, decir que comemos ~~la~~ "tortillas de maseca" y tomamos ~~la~~ "agua de zuko", construye otro lenguaje y simbolismo en torno a estas nuevas comidas.

Y así, cuando se piensa en alimentos o en comida, se hace más en términos de carácter cualitativo, como en base a características organolépticas o sabores, asociados a lugares, niveles económicos, tipos de adquisición, lugares de consumo, ocasiones, gustos, historias o formas de prepararlas. Esta clasificación representa un gran reto cuando se le trata de comparar con el lenguaje biomédico.

Aunque algunas partes del discurso biomédico sí están presentes en sus percepciones, sujetas a su interpretación. Principalmente por lo que les da sentido en las idas al centro de salud y por los medios de comunicación como la televisión. Si los niños y niñas, mientras ven sus programas de televisión, están constantemente bombardeados con anuncios de

alimentos, los adultos lo están con medicamentos. Los mensajes sobre lo que *se debe* o *no se debe* hacer ante las enfermedades y las prácticas alimentarias representan una gran disparidad entre las cosmovisiones de los que participan en estos canales de comunicación. Una de las diferencias más evidentes es el lenguaje, aunque a pesar de que no hablan bien el español, no evita que con las constantes repeticiones, el mensaje de los alimentos y medicamentos llegue finalmente a los sujetos que quiere.

Otro aspecto que llamó mi atención fue que casi todo en su vida es de temporalidad corta: el trabajo, los lugares de vivir, la escuela, e incluso, (¿por qué no?) la percepción de las enfermedades. En el caso de la diabetes, aunque la piensan como una enfermedad que ya les dio y así se quedará, la piensan también como que con ciertas prácticas o creencias se puede quitar, o en su defecto, tardar en reaparecer. El hecho de que perciban a la diabetes como una enfermedad, que como todas las demás, viene y se va, pega y se quita implica que todas las prácticas para su atención respondan a ésta lógica.

La diabetes afecta a los sujetos sin importar clase social, sexo o grupo al que pertenece, pero son justamente estos aspectos lo que influyen en las prácticas de atención y prácticas alimentarias y que se traduzcan en símbolos diferentes en cada caso. Lo cual hace obvio que quienes la padecen han “~~hecho~~” o “vivido” de manera similar para que este mal aparezca, algo en común se tiene. Pero sin duda, en la atención a la enfermedad es cuando las diferencias se hacen más evidentes y por lo tanto, varían las prácticas y sus significados. Ya que no es lo mismo comer ni atenderse sin dinero o con muy poco dinero que con mucho, o comer y atenderse en un grupo doméstico con 14 integrantes que en una con 4.

Estas diferencias hacen que la percepción tanto de quienes la padecen como de quienes viven con ellos se vea impregnada por estas nociones diferenciadas. De modo que al verse

de corta temporalidad, sólo cuando se ~~si~~ "sienten mal" es cuando consideran necesario un tratamiento. Incluso la aplicación de insulina se ve marcada por estas sensaciones de malestar. Así como, acudir al médico a recibir el suero, forma parte de los cuidados necesarios para la enfermedad. Por esto, el aspecto de "crónico" es también una construcción, de ahí que quizá la temporalidad sea un reflejo de la temporalidad en varios aspectos de su vida.

Además de esta percepción de temporalidad, otra relación entre los alimentos y la enfermedad se encuentra influida por el dinero, por la percepción de medicamentos y los gustos. Es decir, las necesidades, opciones y oportunidades con las que se cuentan. La "prioridad" más importante e inmediata es sentirse "normal", "bien". Lo que funcione más rápido y mejor y con el menor costo posible es la opción que se toma. Y más si los beneficios son a corto plazo y visibles.

En cambio, el cuidado a la alimentación se restringe a pocos alimentos. Es decir, se acepta una relación entre la comida y la enfermedad, mas no se considera como prioritaria. Aunque algunas prácticas, al menos en el discurso, manifiestan cambios alimentarios a partir de saberse con una enfermedad, no obstante, estos cambios están en función de sus posibilidades y del sentido que les den las palabras de los médicos. La enfermedad entonces es tan importante pero sólo en relación a cada circunstancia. Mientras que la diabetes es una enfermedad que aunque al parecer sí piensan que es grave, pero también hay cosas que requieren mayor atención y mayor urgencia, como el alcoholismo o conseguir trabajo.

En cuanto a la percepción de los medicamentos, cuando se les dan prescritos los alimentos en ~~recetas~~ "recetas" pasan a tener un papel de medicamentos. O por ejemplo, las plantas son

preparadas con fines terapéuticos. Mientras que cuando se habla de medidas de prevención y control se refiere a hechos, hábitos o actitudes (como tomar, fumar o pelearse) que son de naturaleza evitable, o sobre las cuales se tiene un mayor control. No obstante, al hablar de causas del descontrol en la misma enfermedad (DM) ya involucra cosas cuya naturaleza es mucho más complicada de controlar, como por ejemplo los sentimientos como el enojo. Es decir, pelear es evitable pero ¿el enojo y la preocupación son evitables? ¿Los sentimientos como la tristeza son evitables? El comer cosas dulces y el tomar son aspectos evitables.

Sobre los gustos, hay alimentos que tienen varias atribuciones en torno a la relación entre la alimentación y la enfermedad. Como es el caso del dulce, que es tanto un alimento (tipo de alimento) como una propiedad de la comida deseada/prohibida. Mientras que las cosas dulces son la característica de los alimentos relacionada con el azúcar (la enfermedad).

Además, la apropiación de una identidad como *ser diabético o diabética* no está presente, al menos no como tal. Tienen más la idea de que no son diabéticos, sino son gente que tiene azúcar, "algo les pegó", ~~se~~ "se le sube el azúcar" o "tienes diabética", mas no se asumen como tal. Son más los síntomas que la enfermedad. Por tanto, no es cuestión de enfermar, si no lo que implica tener la enfermedad, es decir: qué importa tener diabetes, si lo que importa es que voy mucho al baño y me siento cansado/a.

Mientras que el papel del grupo doméstico se manifiesta con cierta organización de los integrantes ante las "emergencias de la enfermedad". Aunque hay una "autonomía" tangible en el proceso, se acepta que quien lo padece sabe más, por tanto los demás respetan ciertas decisiones ante las acciones respecto al cuidado de la enfermedad. Pero a veces, ese respeto implica tomar distancia y no cuestionar a la persona (cuando es hombre). Como si la

enfermedad por sí sola justificara todas las acciones. Esto se ve más fuerte cuando quien lo padece es el padre.

Y cuando hay muerte, no es únicamente la muerte por "esa enfermedad", sino por no realizar o realizar ciertas prácticas. Ya que no es únicamente la sanción médica, si no la sanción social de lo que se considera "correcto" o "incorrecto", quizá de aquí el ocultar algunos datos relacionados con su enfermedad. El ocultar datos como de manera "natural", para evitar ser juzgados negativamente por sus redes sociales, o simplemente por no sentirse "culpables". Se señala y se sanciona aunque cada uno lo reproduzca "a escondidas".

Entonces, el valor en común parece ser que tendría que ser la preservación de la vida, la construcción de la salud y la adopción de una serie de prácticas, que a su vez, están relacionadas con características de la vida religiosa y moral enseñada. Tales como evitar enojarse y pelear, evitar bebidas embriagantes o prohibidas como el café. Aunque aquí no se menciona directamente el azúcar.

En el caso del papel social del nutriólogo/a, para entender la alimentación de las personas y más en la vida en el grupo doméstico, sería útil recordar que no se piensa a los alimentos de la misma manera que desde la formación profesional, por lo tanto es lógico que existan otras clasificaciones. ¿Cuáles son y cómo son? esa es la tarea del investigador social para lograr un vínculo benéfico, ya que la forma de acercarnos a la persona dependerá mucho del lenguaje compartido. La herramienta denominada el plato del bien comer, por ejemplo, no comparte un lenguaje común (totalmente) con la clasificación común de la gente, ya que excluye ciertos alimentos de consumo común y realiza asociaciones cuyo sentido es más

técnico. Así, medir y pesar a los alimentos es una forma de ver su mundo a través de los ojos de nuestra profesión, más no desde su visión.

Lo anterior va en función de que el concepto de "dieta" no está muy apropiado por las personas entrevistadas, sólo las que más contacto mencionan tener con los servicios de salud son quienes tienen más términos devenidos de la biomedicina. Por ejemplo, para ellos comer mejor es igual a sí comer. O, los alimentos se ven como medio de llegar a la enfermedad, como fuente de poder sobre la misma y como riesgo inmediato de enfermedad.

También influye en gran medida el peso que se le da a los alimentos, la forma en que se jerarquizan y las ideas en torno a cada uno. Por ejemplo, a diferencia de la soda, el consumo del jugo sí es aceptado a pesar de que es también un producto envasado y cuyo contenido nutricional es alto en azúcares también. Aquí el comer mucho está relacionado con la idea de salud, aunque el sólo comer mucho no implica que se tengan que bajar los niveles de azúcar, aunque se considere que a partir de la cantidad de alimentos se relaciona con los niveles de azúcar.

La paradoja con la devenida de la medicalización de la alimentación que impone cada vez más reglas y normas rigurosas procedentes de la Nutrición y a la vez, un proceso de globalización (en donde la migración juega un papel importante) y expansión del capitalismo que traen consigo una oferta sin precedentes de alimentos bajos en nutrimentos y que incitan al consumo constante. El problema es justo esta contradicción. La diabetes es una enfermedad que se relaciona con los excesos, pero ahora se presenta en una población donde la escasez es lo único abundante.

La situación actual enfrenta entonces una nueva realidad, es decir, que cuando antes al pensar en *mucho* y los *excesos* se le asociaban a grandes cantidades. Mientras que ahora, el exceso viene en pocas cantidades, empaquetado, a alto costo económico para los pocos beneficios nutricionales, y a veces ni siquiera *llena*. Pero que cada vez más, se están llenando de significados socialmente valorados y en donde además, los consumos están jerarquizados e influidos por el género. Entonces, ¿cómo construir una lógica en donde el exceso está en lo poco?

En fin, a todo se acostumbra uno, menos a no comer y mucho menos a no comer aquellos alimentos que causan placer, como el azúcar. Así en los contextos de precariedad y de constantes retos de adaptación los problemas que son sociales se manifiestan en lo biológico. Y un vínculo entre ellos son la enfermedad y la comida. El primero por atentar con uno de los valores actuales más preciados, la salud, y el otro por ser una necesidad biológica para la vida, pero que en su conjunto representan un reto para lograr un equilibrio a pesar de las adversidades. Aunque este desequilibrio, es exactamente lo que refleja una inequidad en la sociedad porque ¿por qué se tendría que acostumbrar uno a no comer?

ANEXOS

ANEXO 1. Guías de entrevista

1.1 Dirigida a los miembros del grupo doméstico

(Personas con DMII y familiares)

Dirigido a los miembros del grupo doméstico	
Preguntas	Aspecto principal que permite visibilizar
Nombre Edad Lugar de nacimiento Lugares en los que ha vivido Tiempo de residir en ese lugar Integrantes de su grupo doméstico (nombres y número) Quiénes habitan en su hogar A qué se dedica Tiempo de su matrimonio Escolaridad Religión	Datos generales del grupo doméstico
Cómo es su comunidad Le gusta vivir ahí Qué tan seguro es Cuáles son los principales problemas que tiene en su comunidad Cómo son las relaciones con personas de otras culturas	Características generales de la comunidad
Cuáles son sus labores domésticas que realiza Cómo es la relación que tiene con el resto de su grupo doméstico Cómo se reparte las labores domésticas en su casa Cuáles son los mayores problemas con los hijos/as Todos hablan triqui (si/no por qué) Los hijos/as conocen el lugar de origen Dónde comen cada miembro del grupo doméstico Qué comen cada uno	Organización familiar
Por qué se quedó a vivir ahí Qué es lo que más extraña de su lugar natal (si nació en otro lado) Qué es lo que más le gusta del nuevo lugar Ha cambiado su alimentación en comparación de su lugar de	Aspectos clave del proceso migratorio

origen

Cómo ha cambiado su alimentación

Cómo ha cambiado su vida desde que se estableció aquí

Qué come aquí que allá no comía

Qué come allá que aquí no come

Por qué no come aquí o allá dichos alimentos o preparaciones

Cómo es su relación aquí con sus vecinos/comunidad y cómo era allá

Qué familia se quedó aquí y quiénes se vinieron

Ha regresado a su tierra

Cada cuánto

A qué ha ido

Qué alimentos recuerda de cada lugar en el que estuvo

Cree que al estar en varios lugares cambió algo de su alimentación

Sus hijos han migrado o vivido en otros lugares aparte de aquí

Tiempo de padecer de la enfermedad

Enfermedad

Desde hace cuánto

Cómo supo que tenía la enfermedad

Qué sabe de la enfermedad

Cómo se siente con la enfermedad

Molestias que le cause

Qué ha cambiado desde que se enteró de su enfermedad

Cómo se ha tratado

Por qué se ha tratado así

Qué alimentos son buenos para la enfermedad

Qué alimentos son malos para la enfermedad

Cómo ha tomado su grupo doméstico esta enfermedad

Le han sugerido que cambie algunas comidas

Quién más en su grupo doméstico tiene DM

Qué sabía de la DMII cuando estaba por allá

Cuándo fue la primera vez que escuchó de esta enfermedad

Cómo la curaban allá

Dónde comen generalmente cada uno

Prácticas alimentarias

Comen juntos o separado

Cómo se prepara

Qué platillos les gustan más

Qué platillos son los tradicionales para las fiestas

Platillos en celebración de fiestas (cumpleaños, patronales, navidad, todos santos, etc)

Qué alimentos consumen más

Qué bebidas consumen más

Consumo de sal/azúcar/grasa

Consumo específico de alimentos

Diferencias en gustos

Dinero destinado a los alimentos (diario/semanal/mensual) Dónde compran A qué hora comen Cuántas comidas hacen al día Cómo es el lugar donde se cocina Cómo es el lugar donde se come Qué es lo que más le gusta comer	
¿Qué le han dicho de la comida en el centro de salud? ¿Qué ha escuchado en la tele? ¿Qué le dicen sus vecinos? ¿Qué le dice su grupo doméstico al respecto? ¿Qué le dicen en el centro de salud? ¿Qué le dicen los curanderos? ¿En su religión les hablan algo de la enfermedad? ¿Les hablan de la DMII en la escuela?	Fuentes de información (de la DMII y la alimentación)
Pueblo indígena de procedencia Por qué Qué características tienen por ser triquis	Características generales de la cultura triqui
Quién compra y por qué Quién sabe cocinar en el grupo doméstico y por qué Quién cuida a la persona enferma y por qué Quién decide lo que se cocinará y por qué Los hijos participan en las decisiones familiares Quién toma las decisiones más importantes en el grupo doméstico y por qué	Género

1.2 Dirigida al personal de los Servicios de salud

(Personal de salud de la clínica de la Secretaría de Salud)

Dirigido a Personal del centro de salud que se encuentre con más contacto con la población que acude al centro de salud para tratarse la DMII	
Preguntas	Aspecto principal que permite visibilizar
Frecuencia A quién afecta más Cómo la tratan	Enfermedad
Mayores obstáculos Mayores retos de la enfermedad en esta población Sobre el pueblo triqui y la enfermedad qué puede decir Cómo considerarpapel del grupo doméstico Qué información se les da Sobre los alimentos, qué información se les da Por qué cree que la población no cambia sus hábitos alimenticios	Relación con la población
Orientación alimentaria brindara Resultados observados	Alimentación en relación con la enfermedad
Diferencias entre hombres y mujeres en el padecimiento Diferencias entre hombres y mujeres en la atención Cuidados y responsabilidades entre hombres y mujeres	Género

ANEXO 2. Guías de observación

CUESTIONES A TENER EN CUENTA	OBSERVACIONES
EN EL PMA	
Mercados, supermercados y tiendas (ubicación, piso, techo, trabajadores, cajas, alacenas, refrigeradores, alimentos en venta, precios, espacios)	
Venta de alimentos preparados (ubicación, precios, alimentos en venta, forma de prepararlos, anuncios)	
Escuelas (ubicación, nombres, características importantes)	
EN LAS CASAS	
Cuartos (número y ubicación, techo, piso, camas, abanico)	
Cocina (objetos, muebles, utensilios, estufa, fogón, refrigerador, techo, piso, alimentos, alacena)	
Alimentos en el grupo doméstico (preparaciones, consumo, plantas y árboles, agua, higiene)	
LOS SUJETOS	
Vestimentas, actitudes, palabras, actividades, lugares de actividades, reacciones, lenguaje, formas de relacionarse unos con otros	

ANEXO 3. CARTA DE PRESENTACIÓN



Hermosillo, Sonora, 11 de Febrero de 2013
Of. CS/DGA/AE/038/13

A QUIEN CORRESPONDA:

Por este medio presento a usted a la **C. Yocelin Alcántara Sánchez**, alumna regular del **Programa de Maestría en Ciencias Sociales**, en la Línea de Investigación de **Estudios Socioculturales de Salud**, Promoción 2012-2013. Al momento de expedir esta carta de presentación la C. Alcántara Sánchez se encuentra inscrita en el Tercer Semestre del Plan de Estudios (Enero-Junio, 2013).

El motivo de la presente es para solicitar su valiosa colaboración con el fin de facilitar la realización de entrevistas relacionadas con el tema de tesis que la alumna desarrolla: "Rutinas alimentarias de grupos domésticos Triqui como parte de la atención ante la Diabetes Mellitus II en contextos interculturales", bajo la dirección de la Dra. Patricia Aranda Gallegos.

Agradeciendo de antemano su apoyo, me despido de usted.

ATENTAMENTE


DRA. ZULEMA TREJO CONTRERAS
COORDINADORA DE POSGRADO



C. c. p. Expediente.

Obregón 54, Centro, C.P. 83000, Hermosillo, Sonora, México
Tel: 01(662) 259-53-00, fax: 01(662) 212-50-21
www.colson.edu.mx

BIBLIOGRAFÍA

- Bertrán, Miriam. 2005. *Cambio alimentario e identidad de los indígenas mexicanos*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- . 2009. Alimentación y cultura en la ciudad de México. Análisis macro y microsocioal. En *I Congreso Español de Sociología de la Alimentación*, compilado por Universidad Autónoma Metropolitana. Gijón (La Laboral).
- Boltvinik, Julio. "Evolución y magnitud de la pobreza en México." *Estudios demográficos y urbanos*: 361-394.
- Bronfman, Mario, Roberto Castro, Elena Zúñiga, Carlos Miranda, y Jorge Oviedo. 1997. "Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios." *Salud Pública de México* 39 (5): 442-450.
- Cabrera Pivaral, Carlos Enrique, y Arnulfo Novoa Menchaca. 1991. "Conocimientos, actitudes y prácticas dietéticas en pacientes con Diabetes Mellitus II." *Salud Pública de México* 33: 166-172.
- Carrasco Henríquez, Noelia. 2006. "Desarrollos de la antropología de la alimentación en América Latina: hacia el estudio de los problemas alimentarios contemporáneos." *Estudios Sociales, CIAD* junio - diciembre: 81-101.
- Castellanos, Pedro Luis. 1990. "Sobre el concepto de salud - enfermedad. Descripción y explicación de la situación de Salud." *Boletín Epidemiológico OPS* 10 (4).
- CDI, Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas. 2000. Lengua predominante en localidades con 40% y más de población indígena, según el volumen de hablantes. México 2000. CDI.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 2o. 2009. México: Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión.
- Cordero Díaz, Blanca Laura. 2007. *Ser trabajador transnacional: Clase, hegemonía y cultura en un circuito migratorio internacional*. Puebla, Pue.: BUAP, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Cubero, Mercedes. 2005. "Un análisis cultural de los procesos perceptivos." *Anuario de Psicología* 36 (3): 261-280.
- Charles, Nicola, y Marrison Kerr. 1995. "Es así porque es así: diferencias de género y edad en el consumo familiar de alimentos." En *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*, compilado por Jesús Contreras, 199-217. Barcelona: UB. Estudi General. Ciencies humanes i sociales.
- Díaz Menéndez, Cecilia, y Cristóbal Gómez Benito. 2001. "Del consumo alimentario a la sociología de la alimentación " *Distribución y consumo*: 5-23.
- Durán-Varela, Blanca Rosa, Blanca Rivera-Chavira, y Ernesto Franco-Gallegos. 2001. "Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2." *Salud Pública de México* 43: 233-236.
- ENSANUT. 2012a. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 Resultados Nacionales. Síntesis ejecutiva. México: Insituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud.
- . 2012b. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. México: Insituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud.
- Fajardo Santana, Horacia. 2007. *Comer y dar de comer a los dioses. Terapéuticas en encuentro: conocimientos, proyectos y nutrición en la Sierra Huichola*. México: Universidad de Guadalajara, El Colegio de San Luis.

- Fischler, Claude. 1995. *El (h)omnívoro: el gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Anagrama.
- Franco Patiño, Sandra Milena. 2010. "Aportes de la sociología al estudio de la alimentación familiar." *Luna Azul* 09 (12): 139-155
- Gáinza, Gastón. 2003. La práctica alimentaria y la historia. *Entretextos. Revista Electrónica Semestral de Estudios Semióticos de la Cultura* 2: 1-5, <http://www.ugr.es/~mcaceres/entretextos/pdf/entre2/gainza1.pdf>.
- García González, Rosario, Rolando Suárez Pérez, y Oscar Mateo-de-Acosta. 1997. "Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético." *Rev Panam Salud Pública* 2 (1): 32-36.
- Garine, Igor de. 1999. Alimentación y cultura: actas del congreso internacional 1998. En *Congreso Internacional de Alimentación y Cultura*. España: Museo Nacional de Antropología.
- Giddens, Anthony. 2000. "Etnicidad y raza." En *Sociología*, 277-315. Madrid: Alianza Editorial.
- Giménez, Gilberto. 2004. "Culturas e identidades." *Revista Mexicana de Sociología* 66 (Número especial): 77-99.
- Goffman, Erving. 1995. "Estigma e identidad social." En *Estigma: La identidad deteriorada*, compilado por Erving Goffman, 7-55. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez Benito, Cristóbal. 2008. "Aproximación a la Sociología de la Alimentación. Un mapa temático." *Distribución y consumo* (18): 18-27.
- Gracia-Arnaiz, Mabel. 2005. "Maneras de comer hoy. Comprender la modernidad alimentaria desde y más allá de las normas." *Revista Internacional de Sociología* 40: 159-182.
- . 2007. "Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario." *Salud Pública de México* 49: 236-242.
- Harmon, Ixchel, y Hevilat Frías. 2006. *Entre uvas y hortalizas: estrategias de vida y trabajo de las jornaleras agrícolas migrantes en dos campos agrícolas del estado de Sonora. Estudio comparativo*, Escuela Nacional de Antropología e Historia Unidad Chihuahua, Chihuahua.
- Haro, Jesús Armando. 2000. "Cuidados profanos: una dimensión ambiguo en la atención de la salud." En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, compilado por Enrique Pedriguero y Josep M. Comelles. Barcelona: Bellaterra.
- . 2007. "Globalización y salud de los trabajadores. Jornaleros agrícolas y producción de uva en Pesqueira, Sonora." *Región y Sociedad* 19 (40): 73-105.
- Harris, Marvin. 1989. *Bueno para comer*. Traducido por Joaquín Calvo Basarán y Gonzalo Gil Catalina. 2 ed. Madrid: Alianza Editorial S.A. Original edition, 1985.
- Hernández-Ávila, Mauricio, Juan Pablo Gutiérrez, y Nancy Reynoso-Noverón. 2013. "Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia." *Salud Pública de México* 55 (supl 2): S129 - S136.
- Hernández-Pérez, Amanda. 2011. *Las mujeres de la lluvia. Sus historias como jornaleras en el noroeste de México*. Avilés Asturias, España: ediciones Nieva.
- IMSS. 2009. Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Guía de práctica Clínica. E!!X. Diabetes mellitus no insulino dependiente. compilado por Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad Unidad de Atención Médica, División de Excelencia Clínica.
- INEGI. 2004. La población indígena en México.

- . 2010. Censo de población y vivienda 2010.
- . 2011. Perspectiva estadística Sonora. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INFORMADOR. *El impuesto a refrescos divide a México*. El Informador 2013 [cited 30 de octubre de 2013]. Disponible en <http://www.informador.com.mx/economia/2013/492274/6/el-impuesto-a-refrescos-divide-a-mexico.htm>.
- Kleinman, Arthur. 1988. *The illness narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. United States of America: Basic Books.
- Korsmeyer, Carolyn. 2002. "La jerarquía de los sentidos." En *El Sentido del Gusto: comida, estética y filosofía*, compilado por Carolyn Korsmeyer. Buenos Aires: Paidós Transiciones.
- Lamas, Marta. 1999. "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género." *Papeles de Población* julio-septiembre (21): 147 - 178.
- Lazos, Elena, y Luisa Paré. 2000. *Miradas indígenas sobre una naturaleza entristecida. Percepciones del deterioro ambiental entre nahuas del sur de Veracruz*. México: UNAM y Plaza y Valdés.
- Lewis Fischer, Pedro, y Fausto Sandoval Cruz. 2007. Triquis. compilado por CDI. México, D.F.
- López-Amador, KH, y P Ocampo-Barrio. 2007. "Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos." *Archivos en Medicina Familiar* 9 (2): 80 - 86.
- Magallanes González, Ana Beatriz, Fernando Limón Aguirr, y Ramfis Ayús Reyes. 2005. "Nutrición de cuerpo y alma: prácticas y creencias alimentarias durante el embarazo en Tziscaco, Chiapas." *Nueva antropología* XIX: 131 - 148.
- Manríquez Durán, Miguel, y Tonatiuh Castro Silva. 2007. Globalización y diversidad cultural en el Sonora contemporáneo. Variaciones sobre región, etnia y lenguaje. En *Región y sociedad*.
- Mayoral, Isabel, y Imelda García. *Diputados aprueban reforma con impuestos a alimentos chatarra y refrescos*. CNN 2013. Disponible en <http://mexico.cnn.com/nacional/2013/10/18/reforma-hacendaria-iva-impuestos-isr-colegiaturas-mascotas-postres>.
- Mendoza González, Zuanilda. 1997. "¿Enfermedad para quién?: Saber popular entre los triquis." *Revista Nueva Antropología* XVI (53 - 52): 117 - 139.
- . 2010 - 2011. ""Parir en la casa o en el hospital". Saberes acerca del parto de mujeres Triquis migrantes a la Ciudad de México." En *La antropología médica en México*, compilado por Rosa María Osorio, 59 - 81. Italia: Rivista Della Società Italiana di Antropología Medica, ARGO.
- . 2011. *De lo biomédico a lo popular. El proceso de salud-enfermedad-atención en San Juan Copala, Oaxaca*. México: UNAM, Programa Universitario México Nación Multicultural, Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- Menéndez, Eduardo L. 2003. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas." *Ciência & Saúde Coletiva* 8 (1): 185 - 207.
- Menéndez, Eduardo L. . 2002. *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: edicions bellaterra.
- Messer, Ellen. 1995. "Perspectivas antropológicas sobre la dieta." En *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*, compilado por Jesús Contreras, 27 - 81. Barcelona: UB. Estudi General. Ciencies humanes i sociales.

- MILENIO. *Argentina, Chile y México lideran consumo de refresco en el mundo* 2013 [cited 30 de octubre de 2013. Disponible en <http://www.milenio.com/cdb/doc/noticias2011/bfa2b0eda97fcfc2a1f45995a5ac96f2>
- Mintz, Sidney. 2003a. *Sabor a comida, sabor a libertad. Incursiones en la comida, la cultura y el pasado*. México: Ediciones La Reina Roja, CONACULTA, CIESAS.
- Mintz, Sidney W. 2003b. *Sabor a comida, sabor a libertad. Incursiones en la comida, la cultura y el pasado*. México, D.F.: Ediciones de la Reina Roja S.A. de C.V.
- Moreno Altamirano, Laura María Antonieta. 2006. *El drama social de la persona con diabetes*, Antropología, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, D.F.
- MULT. s/f. Tradiciones y costumbres de la región Triqui se Dan Juan Copala. Movimiento de Unificación y Lucha Triqui.
- Navarrete Linares, Federico. 2008. Los pueblos indígenas de México. Pueblos Indígenas del México contemporáneo. compilado por CDI. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
- OMS. *Temas de salud. Enfermedades crónicas*. Organización Mundial de la Salud 2013. Disponible en http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.
- ONU. 2008. Declaración Universal de Derechos Humanos. Santiago, Chile: Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe.
- Ortega, Isabel. 2007. "Los jornaleros agrícolas en Sonora: condiciones de nutrición y salud." En *Los jornaleros agrícolas, invisibles productores de riqueza*, compilado por Isabel Ortega, Alejandro Castañeda y Luis Sariago, 145 - 158. México: Plaza y Valdés.
- Osorio, Rosa María. 2001. *Entender y atender a la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS, INAH, INI.
- Oviedo, Gilberto Leonardo. 2004. "La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestaltt." *Revista de Estudios Sociales* (18): 89 - 96.
- Oxfam. *México es ya el mayor consumidor de refresco en el mundo* 2011. Disponible en <http://site.oxfamMexico.org/mexico-es-ya-el-mayor-consumidor-de-refresco-en-el-mundo-3/>.
- Paliwal, R.L. *Usos del maíz*. FAO 2001. Disponible en <http://www.fao.org/docrep/003/x7650s/x7650s08.htm>.
- París-Pombo, María Dolores. 2006. *La historia de Marta*. México, DF: Universidad Autónoma Metropolitana
- Peña Sánchez, Edith Yesenia. 2011. "Reflexiones sobre los procesos bioculturales. Alimentación-nutrición y salud-enfermedad." En *Antropología física. Diversidad biosocial contemporánea*, compilado por Florencia Peña Saint Martin y Anabella Barragán Solís, 105 - 128. México: Ediciones y Gráficos Eón, PROMEP, ENAH.
- Pérez-Gil, Sara Elena, y Silvia Diez Urdanivia. 2007. "Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género." *Salud Pública de México* 49 (6): 445 - 453.
- Pilcher, Jeffrey. 2001. *¡Vivan los tamales! La comida y la construcción de la identidad mexicana*. México: Ediciones de la Reina Roja, Conaculta, CIESAS.
- Ramírez, José Carlos. 1991. Hipótesis sobre la historia económica y demográfica de Sonora en la era contemporánea del capital (1930-1990). En *Serie Cuadernos de Trabajo*, compilado por José Carlos Ramírez. Hermosillo, Son. México: El Colegio de Sonora.

- Rivera, Juan, Onofre Muñoz-Hernández, Martín Rosas-Peralta, Carlos Aguilar-Salinas, Barry Popkin, y Walter Willett. 2008. "Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana." *Salud Pública de México* 50: 173 - 195.
- Robles-Silva, Leticia. 2004. "El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos: un sistema de autoatención." *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* 20 (2): 618 - 625.
- . 2010 - 2011. "La autoatención en la enfermedad crónica: tres líneas de cuidado." En *La antropología médica en México*, compilado por Rosa María Osorio, 279 - 298. Italia: Rivista Della Società Italiana di Antropología Medica, ARGO.
- Rodríguez Saldaña, Joel. s/f. "Diabetes en el primer nivel de atención: un modelo alternativo de atención." *Salud Pública de México* 49 (edición especial): E96 - E98.
- Rubin-Kurtzman, Jane, y Catalina A. Denman. 2008. "Género, salud y ambiente en América Latina: una propuesta de análisis y su pertinencia para la red." *California Center for Population Research, University of California*.
- Sadler, Michelle, y Alexandra Obach. 2006. *En los dominios de la salud y la cultura. Estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en pueblos originarios. Vol. 2, Pueblos Originarios*. Chile: CONASIDA, Gobierno de Chile, CIEG, Universidad de Chile
- Salas, Monserrat. 2011. *La alimentación de un grupo de bebés menores de seis meses en Xochimilco, México: relaciones entre el saber materno/doméstico y el saber médico*. Exploratorio, etnográfico sistemático, multisituado y de largo alcance, El Colegio de Michoacán, Zamora, Michoacán.
- Salvador Ortiz, Manuel. 2004. "Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1." *Psykhé* 13 (1): 21 - 21.
- Sánchez Rivero, German. 2007. "Historia de la Diabetes." *Gaceta Médica Boliviana* 30 (2): 74 - 78.
- Scott, Joan. 1996. "El género: una categoría útil para el análisis histórico." En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, compilado por Marta Lamas, 265 - 302. México: PUEG.
- SEDESOL. 2011. Diagnóstico situacional del Poblado Miguel Alemán. México: Secretaría de Desarrollo Social, Delegación Sonora; Gobierno Federal, SEDESOL, Coordinación Estatal de Microrregiones.
- Sidicaro, Ricardo. 2009. "La sociología según Pierre Bourdieu." En *Los herederos: los estudiantes y la cultura*, compilado por Pierre Bourdieu y Jean-Claude Passeron, IX - XXXII. Buenos Aires: Siglo XXI, Editores Argentina.
- SSA. 2005. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Secretaría de Salud.
- . 2010a. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
- . 2010b. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. En *NOM-015-SSA2-2010*. México, DF: Diario Oficial.
- Stake, Robert E. 1994. "Case studies." En *Handbook of Qualitative Research*, compilado por Norman Denzin y Ivonna Lincoln. SAGE Publications.
- . 2005. *Investigación con estudios de casos, Colección: Manuales*. Madrid: Ediciones Morata SRL.

- Stavenhagen, Rodolfo. 2006. "La presión desde abajo: derechos humanos y multiculturalismo." En *Multiculturalismo*, compilado por Daniel Gutiérrez Martínez, 213 - 224. México: El Colegio de México, UNAM, Editores Siglo XXI.
- Torres López, Teresa Margarita. 2004. *Sangre y azúcar. Representaciones sociales sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México*, Coordinación General Académica. Unidad para el Desarrollo de la Investigación y el Posgrado, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco.
- Triquis de Oaxaca. *Maíz y Dios del Rayo*. Triquis de Oaxaca - Nanj n̄in ñin 2013. Disponible en <http://www.triquis.org/html2/maiz-dios-del-rayo/>.
- Turner, Bryan. 1982. "The government of the body: medical regimens and the rationalization of diet." *The British Journal of Sociology* 33 (2): 254 - 269.
- . 1989. *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. México: Fondo de la Cultura Económica.
- UNAM. 2009. diabetes. En *Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana*. México: UNAM.
- UNICEF. 2000. *Paso a paso. Guía metodológica para aplicar el enfoque de género a proyectos*. México, D.F.: Secretaría de Gobernación, CONMUJER, UNICEF.
- Valdez-Figueroa, Isabel de la A., María Guadalupe Aldrete-Rodríguez, y Noé Alfaro-Alfaro. 1993. "Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II." *Salud Pública de México* 35: 464 - 470.
- Villoro, Luis. 1998. "Sobre la identidad de los pueblos." En *Estado plural, pluralidad de culturas*, 63 - 78. México: UNAM, Paidós.