



**EL COLEGIO
DE SONORA**

**Autoatención y trabajo doméstico de adultas mayores con
diabetes. Un estudio en Hermosillo, Sonora**

Tesis presentada por
Olga Mesilemit Velázquez González

Maestría en Ciencias Sociales en la línea de investigación Estudios
Socioculturales en Salud

Directora de tesis: **María del Carmen Castro Vásquez**

Hermosillo, Sonora

Noviembre de 2017

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el financiamiento otorgado para cursar la maestría en Ciencias Sociales en El Colegio de Sonora.

Al cuerpo docente del Centro de Estudios en Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora:

Dr. Rolando Enrique Díaz Caravantes

Dra. Ana Lucía Castro Luque

Dra. Catalina Denman Champion

Dra. Patricia Aranda Gallegos

Dra. María del Carmen Castro Vásquez

Dr. Eduardo Calvario Parra

Dr. Armando Haro Encinas

A la directora de esta tesis, Dra. María del Carmen Castro Vásquez y las lectoras: Dra. Catalina Denman Champion y Dra. Miriam Teresa Domínguez Guedea.

A las participantes del grupo de ayuda mutua que me recibieron en su casa y conversaron conmigo sobre su padecimiento. Asimismo, a la encargada y a otras integrantes del grupo que me hicieron espacio en él y me compartieron sus alimentos y anécdotas de vida.

ÍNDICE

	Página
Introducción	4
1 Diabetes y adultas mayores	6
1.1 Panorama de la diabetes.....	6
1.2 Envejecimiento de la población.....	9
1.3 Respuesta social a la diabetes y al envejecimiento de la población en México	11
1.4 Estudios sobre diabetes y trabajo doméstico	19
2 Marco conceptual y metodológico	34
2.1 Autoatención.....	34
2.2 Trabajo doméstico.....	39
2.3 Metodología del trabajo de campo.....	42
3 Autoatención y experiencia del padecimiento.....	53
3.1 Elementos que caracterizan el padecimiento de las participantes y su relación con la autoatención.....	54
3.2 El grupo de ayuda mutua y otros rasgos de la autoatención	75
4 Trabajo doméstico y autoatención.....	119
4.1 Trabajo doméstico y autoatención de quienes cuidan.....	119
4.2 Trabajo doméstico y autoatención de quienes no cuidan.....	155
5 Conclusiones.....	173
6 Bibliografía.....	181
7 Anexos	193
7.1 Cédula de identificación	193
7.2 Carta de consentimiento informado para las mujeres entrevistadas	194
7.3 Ítems del diario de actividades.....	195

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Criterios de acreditación de un GAM.....	19
Tabla 2 Horas por semana dedicadas al trabajo doméstico por tipo de hogar en México....	30
Tabla 3 Participantes del GAM observado.....	44
Tabla 4 Informantes que viven en un hogar unipersonal.....	51
Tabla 5 Informantes que viven en un hogar nuclear o ampliado.....	52
Tabla 6 Participantes con y sin malestares antes del diagnóstico de diabetes.....	55
Tabla 7 Participantes que han tenido malestares y los atribuyen a la diabetes	57
Tabla 8 Familiares con diabetes	62
Tabla 9 Presencia de las participantes en el mercado laboral.....	70
Tabla 10 Rasgos de la autoatención de las participantes en la alimentación	107
Tabla 11 Rasgos de la autoatención de las participantes respecto a la recomendación de caminar	112
Tabla 12 Otros rasgos de la autoatención de las participantes	115
Tabla 13 Trabajo doméstico y autoatención de Isa	128
Tabla 14 Trabajo doméstico y autoatención de Sandra.....	133
Tabla 15 Trabajo doméstico y autoatención de Sara.....	137

Introducción

Esta tesis nace de la pregunta sobre la relación entre el trabajo doméstico y la autoatención de adultas mayores con diabetes, misma que se elaboró después de visitar un grupo de ayuda mutua (GAM) en marzo de 2016 en Hermosillo, Sonora. El objetivo del trabajo se orientó a responder esta pregunta desde un enfoque cualitativo, por considerar que la experiencia del padecimiento de estas mujeres es importante para explicar las características del trabajo doméstico, del cuidado de las participantes y la relación entre estos aspectos.

En el primer capítulo de este documento, se ofrece información sobre el panorama de la diabetes, principalmente en México y en Sonora; su relación con el envejecimiento de la población y la respuesta social a la diabetes y al envejecimiento de la población en México. También hay un apartado correspondiente a la revisión bibliográfica de estudios sobre diabetes y trabajo doméstico en las ciencias sociales. En el segundo capítulo, se ubica el marco conceptual en torno a la *autoatención* y el *trabajo doméstico* y se explica la metodología del trabajo de campo.

El tercer capítulo es el primero de análisis de datos. En él se explica la relación entre la autoatención y la experiencia del padecimiento, así como el papel del grupo de ayuda mutua en ella. En el cuarto capítulo se aborda directamente la relación entre trabajo doméstico y autoatención a partir de la exposición de dos tipos de casos: las adultas mayores que cuidan a menores de edad, enfermos o dependientes, y las que no tienen a su cargo este tipo de responsabilidad. Por último, se encuentran las conclusiones, bibliografía y anexos.

1 Diabetes y adultas mayores

Las formas de entender y atender la diabetes mellitus tipo 2 (en adelante, diabetes) son de interés para las ciencias sociales por el impacto que la presencia y la expansión de la enfermedad tienen en la calidad de vida de la población, así como en las relaciones y formas de organización al interior de los grupos doméstico-familiares y de otras entidades que enfrentan la enfermedad y sus consecuencias, tales como instituciones públicas y privadas de salud, organizaciones de la sociedad civil y grupos de ayuda mutua.

Las adultas mayores en México están en un contexto donde las familias, y principalmente las mujeres, son las que se hacen cargo de los cuidados que los miembros de un hogar necesitan a lo largo de su vida, lo cual lleva a plantear preguntas sobre el efecto de la carga de trabajo doméstico en la atención de la salud de ellas cuando padecen diabetes, sin soslayar la importancia de otros elementos, como la participación de instituciones de salud, el contexto familiar y social y, en este caso, la integración de las adultas mayores con diabetes a un grupo de ayuda mutua.

1.1 Panorama de la diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica y degenerativa que en la última década ha presentado un incremento importante. Entre sus secuelas están las enfermedades cardiovasculares, ceguera, insuficiencia renal, neuropatía, amputaciones y muerte, que la han colocado al centro de los intereses para la biomedicina y las políticas de salud (Ávila et. al. 2013; Boitan et. al. 2015). La Federación Internacional de Diabetes define la enfermedad de la siguiente manera:

Una condición crónica que ocurre cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina o no puede utilizar insulina y se diagnostica observando los niveles altos de glucosa en sangre. La insulina es una hormona producida en el páncreas. Se requiere para transportar la glucosa desde la sangre al interior de las células del cuerpo donde se utiliza como energía. La falta, o ineficacia, de la insulina en las personas con diabetes significa que la glucosa continúa circulando en la sangre. Con el tiempo, los altos niveles resultantes de glucosa en sangre (conocida como hiperglucemia) causan daño a muchos tejidos del cuerpo, dando lugar al desarrollo de complicaciones para la salud que pueden ser incapacitantes y poner en peligro la vida. (Federación Internacional de Diabetes 2015, 22).

Según la Norma Oficial Mexicana (NOM) 015SSA22010, se diagnostica diabetes a una persona cuando en su sangre se detecta un valor de glucosa igual o superior a 126 mg/dl en ayuno, e igual o mayor a 200 mg/dl después de dos horas de haber ingerido alimentos, además de la presencia de otros síntomas típicos como sueño y cansancio excesivo, poliuria, polifagia y polidipsia (Secretaría de Salud 2010; Aguilar et. al. 2016). Lo ideal es que las personas con diabetes alcancen y mantengan niveles inferiores a 140 mg/dl después de dos horas de haber comido, e inferiores a 125mg/dl en ayunas.

Los casos de diabetes se multiplicaron en todo el mundo durante las últimas tres décadas. De 1980 a 2014, la prevalencia de la enfermedad en personas mayores de 18 años incrementó de 5% a 8.3% en la región de las Américas (OMS 2016, 25) y a nivel mundial casi se duplicó, al pasar de 4.7% a 8.5%. Ya en 2004, Wild et. al. habían calificado a la diabetes como una epidemia en expansión debido a características del modo de vida actual entre las que se encuentra el crecimiento y envejecimiento de la población, la urbanización, el aumento en la prevalencia de obesidad y la reducción de actividad física.

Según la Federación Internacional de Diabetes (2015, 50-62) México es uno de los países que tiene mayor prevalencia de la enfermedad a nivel mundial. La región de Norteamérica y el Caribe cuenta con la prevalencia más alta de diabetes, mientras que Europa tiene la

prevalencia más baja. La mayor parte de los casos se encuentran en países de ingresos medianos y bajos (Ibid.), como son los de América Latina.

Según el Sistema de Indicadores con base en la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2012, Sonora tiene una prevalencia de diabetes de 6.14%, que sitúa a la entidad por debajo de la media nacional que es de 7.08%. Los estados mexicanos con mayor prevalencia son Yucatán, Veracruz, Tamaulipas, Tabasco, San Luis Potosí, Nuevo León (9.0%), Estado de México (8.47%), Durango, Distrito Federal (10.13%), Colima y Baja California. (Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. y Aspen Institute Mexico 2017).

Se estimó que, para el año 2015, la mortalidad por diabetes fue de 79.93 personas por cada 100 000 habitantes en México y de 62.64 fallecimientos por cada 100 000 habitantes en Sonora (Ibid.), es decir, que la entidad tiene una tasa de mortalidad por diabetes inferior a la media nacional; sin embargo, esto no implica que la enfermedad deje de ser importante en el estado, ya que es una de las principales causas de muerte en él. A partir de datos proporcionados por el INEGI para el año 2013, se calculó que las muertes por diabetes representaron el 26.9% del total de fallecimientos en Hermosillo (INEGI 2017, Consulta interactiva de datos).

Entre los factores de riesgo para tener diabetes están la edad, la herencia genética, y condiciones como la obesidad, haber tenido sobrepeso en la adolescencia, falta de actividad física, consumo de una cantidad elevada de grasas, azúcares y tabaco, acumulación de grasa abdominal e hipertensión arterial (Aguilar et. al. 2016; Kumar et. al. 2016). Aguilar y otros (2016) señalan también que dichos factores de riesgo están relacionados con la migración a zonas urbanas, la escolaridad y el nivel socioeconómico. Al respecto, cabe mencionar que

México enfrenta un problema de salud pública vinculado con estos riesgos. En noviembre de 2016, México emitió la Declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-4-2016 por diabetes, que señala esta enfermedad como la primera causa de muerte de las mujeres en el país, y también emitió la Declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-3-2016 por sobrepeso y obesidad para que “se intensifiquen las acciones de promoción, prevención, diagnóstico oportuno y control” de dichas condiciones, ya que “México vive una epidemia de sobrepeso y obesidad”, “siendo el grupo del sexo femenino con la frecuencia más alta [...] en relación con el masculino” (CENAPRECE¹ 2016).

1.2 Envejecimiento de la población

El envejecimiento de la población se refiere al proceso por el cual un porcentaje cada vez mayor de habitantes en un territorio es de edad avanzada. Actualmente, muchos países están en un proceso de envejecimiento de su población debido al aumento en la esperanza de vida y al declive de la fertilidad. Esto supone cambios en la estructura social y la economía de los países, principalmente por la caída de los ingresos a causa del retiro y el hecho de que a mayor edad incrementa el riesgo de enfermar (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2012).

Fisiológicamente, a medida que se avanza en edad, los sistemas, aparatos, órganos, tejidos y células del cuerpo humano cambian y modifican su funcionamiento. Alrededor de los 50 años hay una importante pérdida neuronal (Schüller 1999) y posteriormente el tamaño del cerebro disminuye hasta en un 10%; asimismo, decrece la producción de neurotransmisores, la coordinación de movimientos se ralentiza, hay mayor predisposición a que la presión arterial

¹ Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.

baje abruptamente, se altera la regulación de la temperatura corporal, hay cambios en la memoria, disminuye la capacidad visual, auditiva y olfativa, y se suman dificultades para tragar y toser (Martínez y Mendoza 2015, 45-51).

La producción y acción de hormonas, como la insulina, también disminuye, por lo que los niveles de glucosa en sangre suelen incrementarse de 10 a 20 mg/dl. La producción de hormonas sexuales también es menor –ocurre la menopausia en mujeres y andropausia en hombres–, se altera el sueño e incrementa la irritabilidad, el metabolismo óseo se deteriora y se acentúa la predisposición a la osteoporosis. Asimismo, la capacidad de respuesta del sistema inmunológico se reduce, los vasos sanguíneos y los cartílagos del tórax pierden elasticidad; se deposita más grasa en las arterias y hay mayor predisposición a tener hipertensión arterial y problemas respiratorios (Martínez y Mendoza 2015, 52-57).

También disminuye la capacidad de absorción de alimentos y el funcionamiento hepático, así como la capacidad de filtración renal y la capacidad del organismo para desechar lo que no necesita. Con la reducción de la capacidad de almacenamiento de la vejiga y la debilidad de los músculos que la mantienen en una posición, en las mujeres se puede presentar incontinencia urinaria al hacer un esfuerzo. Las mucosas se irritan con mayor facilidad, la piel pierde elasticidad, se agrieta y reseca, y el cabello adelgaza, pierde su color y se cae con mayor frecuencia. Finalmente, se va perdiendo masa muscular y ósea; se gana grasa corporal y la fuerza y la estatura disminuyen progresivamente (Ibid. 58-71).

Las implicaciones sociales del proceso de envejecimiento también son diversas. En el curso de vida se van viviendo diferentes experiencias; se pierden y se adquieren roles; se

resignifican elementos y relaciones; se adecua la forma de vida a otras necesidades (Salgado y Wong 2007).

México es uno de los países que se encuentra en una transición demográfica. Los adultos mayores pueden llegar a ser el 17.2 % de la población total mexicana en el año 2030. Este cambio tendrá consecuencias en el mercado laboral, pensiones, dinámicas familiares, migración, presupuesto asignado a los sistemas de salud, entre otros aspectos, lo cual invita a la investigación de este proceso (Grijalva et. al. 2007, 123).

En México, el promedio de la esperanza de vida para las mujeres es de 77 años. En Sonora, se estima que la esperanza de vida de las mujeres es de 78 años y la de los hombres de 72 (INEGI 2015). Generalmente, las mujeres viven más tiempo que los hombres y constituyen la mayor parte de los adultos mayores a nivel mundial (Salgado y Wong 2007).

En Sonora, la mayoría de las adultas mayores se ocupa en actividades domésticas incluso cuando tienen una edad avanzada. Más de la mitad de ellas no tiene un ingreso propio y las que lo tienen reciben un monto inferior al que en promedio reciben los hombres de su edad, de modo que una parte importante de sus recursos proviene de su familia. Esto es parte de sus condiciones de vulnerabilidad porque se trata de una situación de dependencia económica, la cual ha resultado ser más grande cuando la adulta mayor vive con otro adulto mayor, que generalmente es su cónyuge (Grijalva et. al. 2007).

1.3 Respuesta social a la diabetes y al envejecimiento de la población en México

En el país, el tratamiento de la diabetes en las instituciones de salud está orientado a la prescripción de medicamentos y a recomendar a las personas diagnosticadas con la

enfermedad que incrementen su actividad física, disminuyan su ingesta de carbohidratos y grasas, y revisen con frecuencia sus niveles de glucosa en sangre (Secretaría de Salud 2010). Sin embargo, se ha identificado que la mayor parte de quienes han sido diagnosticados con la enfermedad y han contado con tratamiento tiene concentraciones no recomendables de glucosa en sangre.

Datos del Sistema de Información en Enfermedades Crónicas (SIC 2017) señalan que, a nivel nacional, sólo el 36.9% de pacientes con tratamiento para la diabetes cuenta con medición de hemoglobina glicosilada (HbA1c) y que, de ellos, la mayoría tiene concentraciones iguales o superiores a 7. Esto se repite para el caso de Sonora y la jurisdicción sanitaria de Hermosillo.

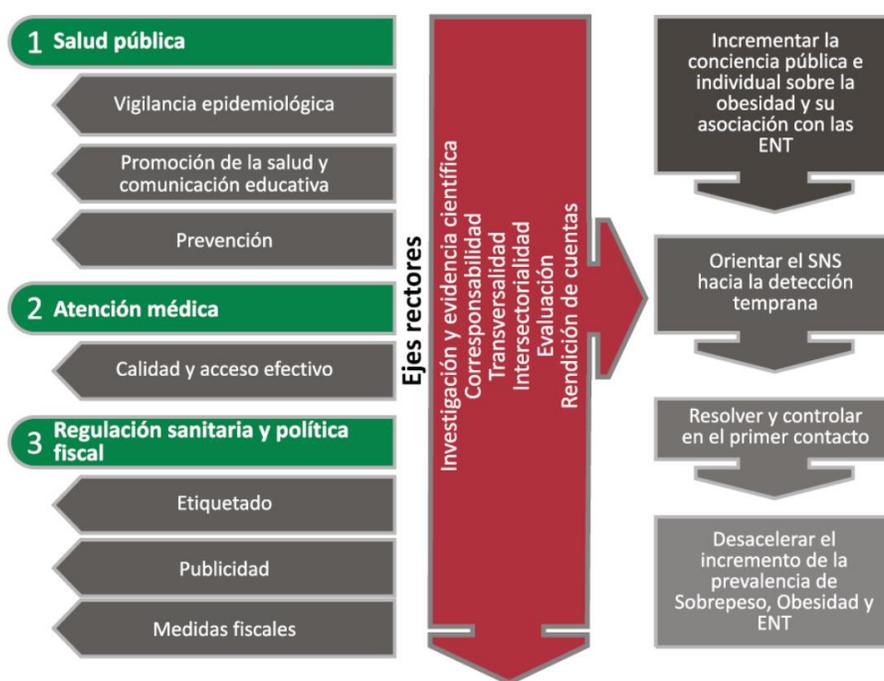
Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, en los últimos cuatro años se han triplicado los casos de complicaciones por diabetes como visión disminuida, daño en retina, pérdida de la vista, úlceras y amputaciones. Además, se conserva un porcentaje elevado (46%) de personas con diagnóstico que “no realiza medidas preventivas para evitar o retrasar las complicaciones de la enfermedad” (Instituto Nacional de Salud Pública 2016, 7, 54).

La generación y publicación de estadísticas como las mencionadas, así como los esfuerzos dirigidos a incrementar la detección oportuna de la enfermedad, se sustentan en la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, la cual reconoce el origen multifactorial de la enfermedad y se propone incrementar la conciencia pública e individual sobre la obesidad y su asociación con las enfermedades no transmisibles, orientar el sistema nacional de salud hacia la detección temprana, resolver y controlar en el

primer contacto, así como desacelerar el incremento de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles (Secretaría de Salud, 2013, 57). En el diagrama siguiente, se observan las líneas de acción a través de las cuales se propone atender la problemática.

Diagrama 1

Líneas de acción y ejes rectores de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes



Fuente: Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (Secretaría de Salud 2013, 57)

En Sonora, en noviembre de 2015 se publicó la Estrategia Estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (Secretaría de Salud del Estado de Sonora 2015) basada en la Estrategia nacional. Es aquí donde se detalla que, en la entidad, se remitirá a las Unidades Médicas Especializadas en Enfermedades Crónicas (UNEME EC) al paciente que “no pueda ser controlado metabólicamente en los Centros de Salud” (Ibid., 53), ya sea

que tenga diabetes o prediabetes, hipertensión o prehipertensión, obesidad o sobrepeso (Ibid., 53, 59, 68).

Las UNEME EC fueron concebidas para ofrecer atención integral y altamente especializada a pacientes con sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular y/o diabetes. Su intervención tiene el propósito de distribuir la demanda de atención que llega a los hospitales para disminuir los “índices de saturación y costos de operación” de éstos, además de prevenir las complicaciones en los pacientes, lo cual representaría un ahorro para el sistema de salud (Secretaría de Salud 2015, 6). Estas unidades deben ofrecer sus servicios en el marco de un Modelo de Atención Integrada donde los especialistas en medicina interna y/o endocrinología, personal de enfermería, trabajadores sociales, nutriólogos y psicólogos trabajen en equipo para llevar a cabo:

la evaluación integral, la educación del paciente sobre su salud, la identificación de las metas de tratamiento, el diseño de esquemas de seguimiento a largo plazo, la prescripción efectiva y personalizada de programas de alimentación y actividad física, la identificación de barreras para alcanzar la adherencia, la inclusión de la familia y el tratamiento farmacológico de la diabetes, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias, además de la detección oportuna de las complicaciones (Ibid., 11).

El trabajo de las UNEME EC se articula con la Estrategia Nacional Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes y con el Programa de Salud del Adulto y Anciano, el cual se desprende del programa Atención al Envejecimiento de la Secretaría de Salud (CENAPRECE 2017), mismo que reconoce que la diabetes mellitus es la principal causa de muerte de los adultos mayores en México, junto con la enfermedad isquémica del corazón y los tumores malignos (Secretaría de Salud s/f). A nivel local, el Centro de Promoción de la Salud en el Norte de México implementó, en 2011 y 2012, un programa de prevención primaria de enfermedades no transmisibles llamado *Meta Salud*, el

cual fue facilitado por personal de salud en Hermosillo, Sonora (Denman et. al. 2014, 2). Actualmente, el Centro de Promoción de la Salud en el Norte de México desarrolla, con El Colegio de Sonora y el Colegio de Salud Pública Mel y Enid Zuckerman de la Universidad de Arizona, una investigación sobre las herramientas y prácticas para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares y sus consecuencias en la población con diabetes en México (Rosales y Denman s/f).

Respecto a la atención de los adultos mayores, en 1979 fue creado el Instituto Nacional de la Senectud, antecedente del actual Instituto Nacional de las Personas Adultos Mayores (INAPAM), cuya justificación se sustenta en la necesidad de hacer frente a los retos que implica el envejecimiento de la población en México. A este organismo público se le ha atribuido la responsabilidad de impulsar las políticas y programas orientados a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en México (Secretaría de Gobernación 2014).

Entre los apoyos administrados por el INAPAM a la población de adultos mayores destacan la expedición de tarjetas de descuento, clubes de convivencia entre adultos mayores, residencias diurnas, y actividades de capacitación para el trabajo manual y la promoción de la actividad física (INAPAM 2016), sin embargo, los recursos con los que ha funcionado no han sido los óptimos y sus resultados han sido calificados como deficientes (Razo 2014, 81-84).

En cuanto a los apoyos económicos que pueden solicitar los adultos mayores en la República Mexicana están el Programa de Pensión para Adultos Mayores de la Secretaría de Desarrollo Social y el Programa de Inclusión Social PROSPERA. El primero consiste en entregar a adultos mayores un monto mensual de \$1160 pesos mexicanos. Los requisitos para acceder

a este apoyo son: haber cumplido 65 años, acreditar la nacionalidad mexicana o la residencia en el país por al menos 25 años, y no recibir ingresos superiores a \$1092 pesos mexicanos por jubilación o retiro (Secretaría de Desarrollo Social 2015).

PROSPERA entregó en 2015 y 2016 un monto máximo de \$1825 pesos mexicanos a hogares donde no había jóvenes en educación media superior. Este programa está dirigido a hogares cuyo ingreso per cápita es menor a la línea del bienestar mínimo y “cuyas condiciones socioeconómicas y de ingreso impiden desarrollar las capacidades de sus integrantes en materia de alimentación, salud y educación” (Dávila 2016, 12). Este programa incluye afiliación al Seguro Popular, que es el que cubre la población que no es beneficiaria de otra institución de seguridad social. Varias de las participantes del GAM observado en esta investigación pertenecen al Seguro Popular.

Respecto al perfil epidemiológico de la población adulta mayor en México es importante señalar que en 26 entidades de la república, una de ellas Sonora, la diabetes es la enfermedad más frecuente, seguida de la hipertensión arterial, misma que ocupa el primer lugar en Baja California, Chihuahua, Colima, Ciudad de México, Morelos y Sinaloa (SEDESOL e INAPAM 2015). De 2012 a 2016, la prevalencia de la enfermedad fue mayor en adultos de 60 a 79 años (Instituto Nacional de Salud Pública 2016, 50).

Los Grupos de Ayuda Mutua

Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) son una de las estrategias para la atención de la diabetes, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias en México. Su objetivo, según la NOM-015-SSA2-2010, es generar redes de apoyo social que fomenten “la incorporación de manera activa de las personas con diabetes en el autocuidado de su padecimiento [...], estimular la

adopción de estilos de vida saludable como actividad física, alimentación correcta, automonitoreo y cumplimiento de las metas del tratamiento y control" (Secretaría de Salud 2010).

Los GAM han sido propuestos como espacios educativos donde, en un entorno de convivencia entre pares, las personas aprendan sobre su enfermedad y adquieran “habilidades individuales para mejorar su control” y convertirse en “pacientes activos” con base en información científica proporcionada por profesionales en salud, mismos que deberán ser capacitados en consonancia con el propósito de los grupos de ayuda mutua y que podrán capacitar a pacientes para que posteriormente ellos mismos puedan coordinar un GAM o dirigir sus actividades en algunas ocasiones (Secretaría de Salud 2016, 11-15).

El personal de las unidades de salud es el encargado de recomendar a los pacientes que ya se encuentren en tratamiento o que acaban de ser diagnosticadas con alguna de las enfermedades y factores de riesgo mencionados a integrarse a un grupo de ayuda mutua. También pueden invitar a los familiares o acompañantes “sanos” a incorporarse al GAM como medida de prevención. Asimismo, se pueden usar otras formas de promoción de los grupos como folletos, carteles, entre otros (Ibid., 14).

Se debe mantener actualizado un Formato de Registro Mensual de Actividades y Seguimiento de Complicaciones en el cual deben constar los niveles de glucosa capilar de los integrantes del grupo, su circunferencia de cintura, peso e índice de masa muscular, además de datos de identificación personal como nombre completo, fecha de nacimiento, CURP², sexo, diagnóstico de diabetes u otras enfermedades, complicaciones, niveles de

² Clave Única de Registro de Población.

colesterol, si tienen o han tenido tuberculosis, o si están recibiendo atención de psicología, odontología, nutrición u otras áreas. Asimismo, en los lineamientos de los GAM se establece que es importante diseñar un plan de trabajo acorde a las necesidades de los pacientes, siendo necesario que se incluya al menos una sesión educativa mensual (Ibid., 17-19) y se busque incorporar actividades de ejercicio físico orientadas a la “mejora de sus capacidades físicas básicas, motrices (resistencia, fuerza, velocidad y equilibrio) y funcionales” (Ibid., 20).

Los GAM están ligados al Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano, mismo que cuenta con un responsable por cada jurisdicción sanitaria, el cual debe supervisar y apoyar el funcionamiento de los GAM y enviar informes al responsable por estado, quien los analiza, complementa la supervisión de los grupos y toma decisiones respecto a las posibilidades de ampliar la cobertura de grupos y de su liberación o eliminación. El responsable por estado genera información que envía al responsable de la federación, el cual elabora indicadores a nivel estatal y nacional, capacita a personal de salud de los estados, acredita los GAM en plataforma y establece lineamientos para su mejora (Ibid., 24-26).

Para que un GAM logre ser acreditado, es necesario que ofrezca evidencia de la mejoría de la salud de sus miembros entre el primer mes a partir del cual se encuentra en el proceso de acreditación (mes basal) y el último, según criterios que establecen un mínimo de descensos requeridos en peso corporal, circunferencia de cintura, presión arterial, y glucosa en ayunas. La información de los GAM acreditados se reúne en el Sistema de Vigilancia y Estudio Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas (SIVEGAM) (Ibid., 27-37).

El acceso al SIVEGAM no está abierto al público, pero parte de la información generada en él se puede encontrar por internet en el sitio del Sistema de Información en Enfermedades

Crónicas (SIC). Ahí se halla información referida a la cantidad de pacientes que en cada Centro de Salud han sido diagnosticados con alguna enfermedad crónica y han asistido, al menos, a una consulta. Hay datos desagregados en cuatro grupos: 1) pacientes con diabetes, 2) pacientes con hipertensión, 3) pacientes con obesidad y 4) pacientes con dislipidemia. También aparece el porcentaje de pacientes con diabetes a quienes se les ha hecho el examen de hemoglobina glicosilada y la diferencia de resultados entre quienes asisten a consulta regularmente, y quienes no lo hacen. Esa comparación también se encuentra en los niveles de presión arterial respecto a los pacientes con hipertensión, en el índice de masa corporal para pacientes con obesidad, y en los niveles de colesterol para pacientes con dislipidemia.

Tabla 1

Criterios de acreditación de un GAM

CRITERIO	ACREDITACIÓN	RE-ACREDITACIÓN	ACREDITACIÓN CON EXCELENCIA
Asistencia	85%	80%	80%
Peso corporal	Disminución del 3% respecto al basal	Disminución del 5% respecto del basal	Disminución del 7% respecto del basal
Circunferencia de cintura	Disminución de 2 cm respecto del basal	Disminución del 3 cm respecto del basal	Disminución de 5 cm respecto del basal
Presión arterial	<140/90 mm/Hg	<130/80 mm/Hg	<130/80 mm/Hg
Glucosa en ayunas	≤130 mg/dl		
Control por Hemoglobina Glucosilada	<7% HbA1c (Opcional)	<7% HbA1c	<7% HbA1c

Cada valor representa el promedio grupal de los integrantes, para cada proceso establecido.

Fuente: Secretaría de Salud 2016, 27

1.4 Estudios sobre diabetes y trabajo doméstico

La diabetes ha sido de interés para la antropología mexicana desde hace varias décadas. Los temas que más se han abordado son los determinantes sociales, representaciones y prácticas

en torno a la enfermedad, y experiencia del padecimiento. Entre los primeros investigadores que impulsaron los estudios sociales sobre la diabetes en México están Leticia Robles y Javier Mercado, quienes en 1993 publicaron un artículo sobre el apoyo social a personas con diabetes, en el cual encontraron que en las familias los hombres reciben más apoyo que a las mujeres y que entre más apoyo de su círculo social reciba una persona, mejor será el control que tendrá de la enfermedad.

En 1996, Javier Mercado publicó su tesis de doctorado sobre la *experiencia del padecimiento* de enfermos con diabetes en un barrio popular de Guadalajara, Jalisco, México. Entre los hallazgos más importantes de este investigador está la relación entre pobreza y cuidado, ya que encontró que hay pacientes que no pueden cumplir el tratamiento porque carecen de los recursos económicos para hacerlo. Otro aspecto importante de la investigación de Mercado es que la experiencia de la enfermedad es diferente en función del género. Hombres y mujeres reportaron sentirse limitados por la enfermedad en su capacidad de trabajo: ellos en el trabajo remunerado y ellas en el trabajo doméstico al interior de sus hogares. Respecto a las causas que los sujetos atribuyeron a su enfermedad, las mujeres remitieron a los problemas con sus esposos o preocupaciones en el ámbito familiar, mientras que los hombres mencionaron los problemas del ámbito laboral y la calle.

Alrededor de una década antes, se había abordado en una tesis de la Escuela Nacional de Antropología e Historia el tema de las condiciones de vida de mujeres con diabetes atendidas en el Hospital General de México. Ana María Rojo Miguélez expuso en su trabajo sus hallazgos en torno a las preocupaciones por las dificultades en el hogar como aquello a partir de lo cual las mujeres explicaban su enfermedad y malestar; especialmente, se referían a la pérdida de empleo del cónyuge, su alcoholismo, o el abandono y el maltrato que recibían de

él. También mencionaron conflictos por los embarazos de hijas solteras, dado que la sanción social recaía principalmente sobre la madre (Rojo 1985, 59, 68-69, 75).

Otro elemento que destaca en la investigación de María Rojo es la carencia de redes de apoyo de las mujeres fuera de su entorno familiar, esto relacionado con el rol de cuidadoras de su “casa” en el aspecto material y moral, lo cual se vincula con sus reservas respecto a las relaciones que generan en el exterior, en su barrio, con los vecinos, a quienes dijeron saludar respetuosamente, pero guardando distancia, ya que “el mal viene de afuera” al hogar (Ibid. 72-73).

En cuanto al tratamiento de las mujeres con diabetes que entrevistó, la autora subraya la dificultad de la comunicación entre médicos y pacientes, la relación que se establece entre las indicaciones sobre la dieta que deben llevar y su traducción en comer “poco” y/o pocas veces al día, el hartazgo que caracteriza el esfuerzo por seguir una dieta, y la pobreza como limitación para adquirir alimentos y medicamentos (Ibid. 87-93).

Entre 1995 y 1998, otra investigación se dio a la tarea de describir y analizar las estrategias de personas con diabetes que pertenecían a un grupo de ayuda mutua del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Cosamaloapan, Veracruz. La autora también encontró que el contexto socioeconómico, ideológico y la situación dentro del grupo doméstico al que pertenece una persona da forma a su experiencia del padecimiento y atención, pero añadió la participación del grupo de ayuda mutua en el análisis (Arganis 1998).

Al respecto, encontró que, si bien la identidad como *diabético* es impuesta por el personal médico, al ser grupal es compartida en el club en un espacio de convivencia donde se fortalecen las actitudes favorables al cuidado y se intercambian experiencias relacionadas

con la herbolaria o el naturismo orientadas al control de la enfermedad. Añadió que las mujeres son las que dan más apoyo a hombres y mujeres enfermos y que son la mayoría de las participantes en el grupo, el cual está formado por personas que, además, enfrentan el envejecimiento (Ibid., 154-170).

En 2002, otro trabajo, realizado en Ciudad Nezahualcóyotl, México, focalizó los “factores culturales” como condicionantes del tratamiento de las personas con diabetes. En su estudio, el autor señaló que el tratamiento médico conduce a la “desintegración familiar” porque la comida no recomendada es parte de las reuniones familiares y evitarla les cuesta la convivencia a los enfermos (Cardoso 2002, 64-65). Sin embargo, señaló que no es menos importante el hecho de que los cambios abruptos en la dieta habitual de los enfermos les genera malestar: hambre que no se quita a pesar de comer, inflamación abdominal, nerviosismo, enojo y desesperación. El autor comentó que la bibliografía que ha tratado problemas similares apunta a que el organismo se adapta al tipo de comida que se ha acostumbrado a consumir, y a “mantenerse mediante los alimentos que se le suministran” (Ibid. 68-73).

En la línea sobre las *prácticas y representaciones*, Elia Nora Arganis desarrolló una investigación donde incluyó el *apoyo social* en el caso de ancianos con diabetes en Iztapalapa, Distrito Federal. Encontró que los enfermos tenían como red de apoyo a la familia o el grupo doméstico, seguido del personal de salud y los amigos o vecinos (Arganis 2004, 273). En los hogares, “las mujeres aportan apoyo emocional, ayuda doméstica y asistencia personal” mientras que los hombres están más presentes en las aportaciones económicas (Ibid.). Se reitera el dato de que cuando las mujeres son las enfermas, siguen cocinando para todos los miembros de su hogar y, aunque los alimentos que preparan para los demás suelen

estar contraindicados para ellas, terminan consumiéndolos (Arganis 2005). En este sentido, sus hallazgos fueron muy similares a los que reportaron Mercado y Robles (1993).

La autora encontró que, a nivel popular, hay representaciones sobre la enfermedad a partir de las cuales “se considera a la diabetes como una enfermedad cuyo origen se establece a partir de las circunstancias personales azarosas de cada paciente” (Ibid., 263), lo cual aparece también en la atención ofrecida en instituciones médicas públicas y privadas (Ibid., 269). Respecto a las prácticas surgidas de la terapéutica popular, la autora encontró que los ancianos entrevistados combinaron el uso del medicamento procedente de las instituciones de salud, con la medicina naturista, la herbolaria y la consulta a curanderos, sobre todo al considerar la cronicidad de la enfermedad (Arganis 2005).

En cuanto a las dificultades para cumplir con la dieta indicada en los centros de salud, los hallazgos de la investigadora apuntan a la escasez económica como una condición que impide adquirir los alimentos indicados, aunque también están los gustos, la consideración de que sólo se debe eliminar lo dulce, y la desventaja de que a ciertas personas les hace daño algunos alimentos recomendados (Arganis 2005).

Los resultados de la investigación de Arganis son similares a los que fueron encontrados en Brasil por Reni Barsaglini (2006) quien, en su tesis doctoral, se propuso articular algunos aspectos prácticos de vivir con diabetes –ejecución de ejercicios físicos, ingesta de medicamentos, búsqueda de servicios de salud y seguimiento de una dieta– con las representaciones sociales –concepción de la diabetes, sus causas, su desarrollo, y sus posibilidades de cura. Barsaglini encontró que sus informantes ofrecían una definición de la diabetes a partir de elementos de la explicación biomédica de la enfermedad, al haber estado

en contacto con ciertas instituciones de salud, y que esa información se combina con sus nociones de sentido común sobre la diabetes y con la experiencia de la misma.

En cuanto al control en la alimentación, la autora menciona que los alimentos con alto contenido calórico tienen un valor muy importante para la clase trabajadora porque proveen energía y la recuperación y mantenimiento de la fuerza física, lo cual se traduce en estar apto para el trabajo; por lo tanto, la recomendación de sustituir esa dieta con alimentos ligeros puede parecerles ilógica y generar una reacción de rechazo al ser asociados éstos con la debilidad (Ibid).

Respecto a la actividad física, Barsaglini encontró que existe una actitud positiva hacia ella cuando tiene una utilidad, como es el caso de las labores domésticas (cocinar, ir a comprar comida, lavar, etc. (Ibid.) La autora señaló también que permanecer en el espacio doméstico favorece la ingesta adecuada de medicamentos en algunos casos, pero en otros no porque algunas mujeres consideran que consumirlos en la mañana puede perturbar la ejecución del quehacer en la casa, por lo cual optan por tomarlos en las noches (Ibid.). Asimismo, permanecer en casa supuso para las mujeres la posibilidad de ingerir alimentos en los horarios recomendados; además que, según la investigadora, ellas están más próximas a las normas por desenvolverse en el espacio –de reclusión– de la casa, de modo que se sujetan más a las indicaciones, mientras que para los hombres éstas se viven como amenaza a su libertad, lo cual no es parte del imaginario de masculinidad ideal (Ibid.).

Según los hallazgos de Barsaglini, el ámbito de la fragilidad y la enfermedad está vinculado a la identidad femenina y es incompatible con la masculina, a partir de lo cual se explica que las mujeres participaron –y se subordinaron– más en las actividades que proveyó el servicio

médico elegido, mientras que hubo resistencia de los hombres a participar en la investigación, quienes cuando accedieron a ser entrevistados llamaron a su pareja para que estuviera presente en las entrevistas, lo cual no sucedió a la inversa. En tales intercambios, se reveló también que los hombres tardaron más tiempo en aceptar el diagnóstico de diabetes en un esfuerzo por mantener una apariencia de fortaleza. En esos casos, fue crucial la observación y el cuidado prodigado por la esposa (Ibid.).

Otro concepto usado en la investigación antropológica mexicana sobre diabetes ha sido el de *drama social* de Víctor Turner. Desde esta perspectiva, Laura Moreno abordó la construcción social del padecimiento como una vivencia compuesta por cuatro etapas donde el enfermo pasa de una ruptura inicial con el mundo conocido, a un estado de crisis, mismo que se busca remediar o restringir a través de acciones delimitadoras para, finalmente, encontrar la reintegración o, en caso contrario, la escisión. Del cumplimiento de estas etapas dependería, en parte, la aceptación de la enfermedad y la integración del tratamiento en la vida cotidiana. El estudio fue llevado a cabo con pacientes de un Hospital General en la Ciudad de México. Incluyó entrevistas tanto a personas diagnosticadas con la enfermedad como a sus acompañantes y médicos (Moreno 2006, 93-100)

Moreno también encontró que, en general, los hombres, en el hogar, son atendidos por mujeres y que ellas preparan alimentos especiales cuando sus maridos son los enfermos, pero no cuando ellas son las enfermas, si bien algunos hombres aceptan modificar la dieta familiar y acompañar a las mujeres a hacer ejercicio o en las citas médicas (Ibid., 256).

Señaló, además, que lo más desfavorable para la vivencia cotidiana de la enfermedad fueron los vínculos deteriorados o inexistentes de parentesco y de redes sociales, así como las

carencias económicas, de modo que quienes vivían solas o solos tenían mayor tendencia al “descontrol” de la enfermedad (Ibid., 257, 266). El concepto de drama social volvió a ser usado en una investigación sobre la experiencia del padecimiento de personas diagnosticadas con diabetes y/o amputaciones en Kinchil, Yucatán donde se hicieron hallazgos similares y se añadió que las amputaciones agudizan la crisis (Pereira 2015, 146).

En 2010, Olga Barragán presentó una investigación en la que recurrió al concepto de *trampeo estratégico* de Campbell (2003) para explicar las habilidades que en torno a las prácticas de autoatención elaboraron las personas con diabetes integradas a un grupo de ayuda mutua en Hermosillo, Sonora. En los hallazgos de la investigación destaca que la convivencia en el grupo influye en el desarrollo de estrategias que, respecto a la dieta, permite a los enfermos mantener el control de glucosa, consumir alimentos de acuerdo con sus gustos y reducir el cargo de conciencia relacionado con los límites que se llegan a exceder (Barragán 2010).

Uno de los trabajos más recientes es el de Susana Kolb (2015), quien realizó una investigación sobre *trayectorias corporales* en personas con diabetes que pertenecen a un grupo totonaco en Ixtepec, Puebla. Encontró que la discrepancia entre las indicaciones de los médicos y la conducta de los enfermos se explica a partir del desencuentro de modelos explicativos y la dificultad de la comprensión entre personal de salud y pacientes. En cuanto a esa relación, destacó los mecanismos de “silenciamiento o neutralización de la diferencia” que conducen a que los enfermos eviten preguntar, contradecir, generar discusiones o sincerarse con los médicos para eludir regaños de estos (Kolb 2015).

Los estudios sobre el manejo de la diabetes en población indígena es una línea que ha dado varias investigaciones en México. Dos de sus exponentes son Jaime Page y Sergio Lerín. El

primero ha trabajado en comunidades tzeltales de los altos de Chiapas. Uno de sus textos explica que la diabetes es entendida por personas de un grupo tzeltal como un mal que viene del exterior y que una persona echa sobre otra, concepción que tiene consecuencias en la forma de atender el padecimiento, en la cual también influyen las instituciones de salud, las condiciones económicas, el “pseudonaturismo” a través de los productos comercializados por las marcas Herbalife y Omnilife, y la violencia (Page 2017, 110-118).

Sergio Lerín ha trabajado con población que habla maya en Yucatán. Señala, entre otros aspectos, que aún hace falta que los servicios de salud se adecuen a los contextos indígenas e incorporen el enfoque intercultural, ya que “el paciente, enfermo o diabético no siempre entiende el lenguaje técnico del médico, sus conceptos y sus recomendaciones, y por ello la adhesión al tratamiento y el control dejan mucho que desear” (Lerín 2017, 94).

Ha habido más investigaciones sobre la enfermedad, pero en esta breve revisión se han mencionado los que sobresalen de los que fueron consultados. Una síntesis breve de los estudios referidos nos lleva a destacar que en ellos se ha podido ver el papel de las desigualdades de género en la forma en que se vive la enfermedad. Por ejemplo, se ha señalado que las mujeres se encargan de cuidar a sus parejas o padres y de cocinar para ellos según las indicaciones del personal de salud, mientras que, generalmente, no reciben esos cuidados cuando ellas son las enfermas. También se ha hablado de que es más fácil que ellas acepten el diagnóstico y de la resistencia de los hombres a hacer lo mismo porque amenaza el ideal de masculinidad. Asimismo, se ha señalado que los grupos de ayuda mutua están formados principalmente por mujeres. Estas referencias apuntan a que la relación con el cuidado es diferente según el género. Finalmente, la bibliografía mencionada también ha encontrado que la experiencia del autocuidado y la enfermedad se relaciona con la edad, la

formación de redes de apoyo, la participación de las instituciones de salud, y las condiciones económicas y étnicas.

El cuidado, por otra parte, se ha estudiado también como un tipo de trabajo. Algunos de los términos que se han usado para referirse a esto son *trabajo de cuidado*, *trabajo reproductivo*, o *trabajo doméstico*. En esta tesis se ha optado por el último. La relación entre el trabajo doméstico y salud ha sido tema de varias investigaciones, sobre todo respecto a su valor económico en las cuentas nacionales y a la repercusión del cuidado en el bienestar de los integrantes de su grupo doméstico-familiar (Pedrero 2008; Ferrán 2008; Durán 2008).

El trabajo doméstico es la producción de bienes y servicios que no tiene remuneración económica y se hace para el mantenimiento y reproducción de los miembros de los hogares mediante el consumo directo, es decir, que es recibido por los integrantes de un hogar sin que medie el mercado entre quien produce y quien consume (García y Pacheco 2014, 19).

Trabajo doméstico suele usarse en oposición a *trabajo remunerado*. En ese sentido, se han generado estadísticas que miden uno y otro. Según los datos del INEGI (2012), en México, son las mujeres las principales encargadas de llevarlo a cabo. Ellas dedican alrededor de 50.5 horas semanales al trabajo doméstico, mientras que los hombres le dedican 17.8 horas. Al trabajo remunerado, las mujeres le dedican cerca de 40 horas semanales y, los hombres, 48.3 horas (Santoyo y Pacheco 2014, 180).

El trabajo doméstico es una de las principales ocupaciones cotidianas en México. Ocupa el segundo lugar por el tiempo que se le dedica. En primer lugar, están actividades como el descanso y de necesidades personales –comer, dormir, bañarse, lavarse los dientes, orinar, defecar, etc. En segundo lugar, junto con el trabajo doméstico, está el dedicado al mercado

laboral, el voluntariado y el estudio. En tercer lugar, el tiempo dedicado a los medios de comunicación. En cuarto lugar, está el ocio –en el que está incluida la recreación, la realización de deportes y de arte y, finalmente, las actividades primarias para la producción de bienes. (Pacheco y Florez 2014, 270).

El trabajo doméstico es necesario para que la vida sea posible, para que la salud se conserve o recobre y para que la economía siga funcionando. Sin embargo, es un trabajo por el cual no reciben una retribución económica quienes lo llevan a cabo. En muchos casos, requiere que la persona que lo realiza permanezca totalmente subordinada a las necesidades de los demás (Pedrero 2014, 58-61, 87).

Se ha planteado como un problema el hecho de que a las mujeres se les asigne la realización del trabajo doméstico porque tiene un costo alto para ellas en tanto que les genera carga excesiva de trabajo y dificulta su inserción en el mercado laboral, en la seguridad social y en relaciones equitativas (Carrasco et. al. 2011; Pacheco y Florez 2014, 311; Pedrero 2014, 63). Según un índice de calidad de vida, se ha sugerido que tener una carga elevada de trabajo doméstico disminuye la calidad de vida porque puede inhibir la participación de las mujeres en la recreación, el cuidado personal, el sistema educativo y el mercado laboral (García y Pacheco 2014, 31-32). Por otra parte, aunque la atribución del trabajo doméstico a las mujeres ha sido interpretada, principalmente, como un elemento sociocultural, existen autores que señalan que, actualmente, el trabajo doméstico también encubre el exceso de tiempo no ocupado por falta de empleos (Santoyo y Pacheco 2014).

El trabajo doméstico varía, principalmente, según el tamaño de un hogar, el ingreso, su composición y la edad de los miembros, sin embargo, en el caso de México, se ha identificado

la tendencia a que la carga global de trabajo de las mujeres sea mayor a la de los hombres por la brecha en la cantidad de horas que unas y otros dedican al trabajo doméstico.

Tabla 2

Horas por semana dedicadas al trabajo doméstico por tipo de hogar en México

Tipo de hogar	Horas dedicadas al trabajo doméstico		Horas dedicadas al trabajo remunerado		Carga global de trabajo	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Nuclear	43.3	15.9	39.1	52.5	82.4	68.4
Monoparental	35.2	15.0	44.5	48.0	79.7	64
Ampliado	39.2	14.7	43.2	52.1	82.5	67
Unipersonal	36.5	13.8	41.9	50.6	78.4	64.4

Fuente: elaboración propia con base en Santoyo y Pacheco (2014, 200-201).

La brecha más grande está en los hogares nucleares, que son el 54% del total de hogares en México. En ellos, las mujeres trabajan 14 horas más que los hombres, aproximadamente. Si bien el 95% de los hombres participan en el trabajo doméstico, la diferencia está en cómo lo hacen y la cantidad de tiempo que le dedican (Santoyo y Pacheco 2014, 198).

En los hogares monoparentales, la brecha en la carga de trabajo doméstico es ligeramente menor que en los hogares nucleares. En ellos, el 54% de los hombres y el 50% de las mujeres participan en una actividad económica. La mayor parte (88.2%) están encabezados por jefas de hogar (Santoyo y Pacheco 2014, 191). Los hogares ampliados son el 22% de todos y tienen la participación masculina más baja en trabajo doméstico (92.2%). Son aquellos formados por un hogar nuclear y al menos otro pariente; o un jefe o jefa de hogar y otro pariente (Pacheco y Santoyo 2014, 202).

Los hogares unipersonales (10.4% de todos los hogares) están formados por un solo miembro y en ellos vive la población de mayor edad. En ellos, el tiempo dedicado para satisfacer las

necesidades personales es mayor en mujeres que en hombres (69.5 horas frente a 64.7) (Pacheco y Santoyo 2014, 203).

Según las estadísticas, incluso cuando las mujeres se insertan en el mercado laboral realizan, al menos, el doble del trabajo doméstico que realizan los hombres, los cuales, a su vez, disponen de mayor tiempo para la recreación. Esto parece tener una relación con los vínculos de parentesco que hay en los hogares, ya que donde los miembros no tienen esos vínculos las personas asumen responsabilidades de manera más equitativa. En esos hogares, la brecha entre horas dedicadas al trabajo remunerado por mujeres y hombres es menor –68.4 y 78.8, respectivamente (Pacheco y Santoyo 2014, 204).

También entre los adultos mayores hay mayor participación de mujeres que de hombres en el trabajo doméstico. Según el Atlas de Género del INEGI, el porcentaje de población de 65 y más años que realiza trabajo doméstico es de 82.71 en mujeres y 56.75 en hombres. Un dato importante sobre esta población es que presenta el mayor porcentaje de personas sin empleo (77%) (Hernández y Rivero 2014, 242-249) lo cual puede incidir en el tiempo que permanecen dentro de su vivienda y las actividades que pueden realizar ahí.

En cuanto a las investigaciones sobre el trabajo doméstico a partir de un enfoque cualitativo, se ha documentado que a las mujeres suelen ser designadas por terceros para hacerse cargo de los cuidados en situaciones o momentos en los que a ellas les es difícil e imposible resistirse a dicha imposición, que suele venir de familiares que tienen una jerarquía superior al interior del grupo: esposos, hermanos, padres (Robles 2002, 204). En ese contexto, Leticia Robles encontró que las esposas, que es la categoría “donde se reculta más fácilmente a los cuidadores”, están en la posición menos privilegiada por ser designadas por otros para cuidar, tener las mayores cargas de trabajo, ser despojadas de sus tiempos de descanso, tener que

desplazar sus necesidades propias como enfermas crónicas, morir en algunos casos, y “la ausencia de un reconocimiento público de su labor” (Ibid., 361).

El trabajo de Joanne Altschuler (2004), sobre el significado del trabajo doméstico para adultas mayores que habitan en Los Ángeles, California muestra que en ese grupo hay diferentes formas de valorar el trabajo doméstico por las adultas mayores. Algunas lo consideraban un trabajo si exigía esfuerzo físico elevado, si no reciben un buen trato de las personas a quienes atienden, si se sobrepasa en sus demandas, si no son recibidos agradecimiento, si es imposible satisfacer a quienes se ofrece dicho trabajo y si les impide hacer algo que desearían hacer en lugar de cuidar. Hubo quienes no solamente le han encontrado gusto, sino que lo consideran parte de sus preferencias y de la posibilidad de dar algo de sí mismas a los demás y experimentar placer al atender a otros: “Me encanta ver las cosas brillantes. Lo considero sólo como un proceso de la vida cotidiana, solo para mantener el flujo de cosas, solo para mantener las cosas en marcha” / “Me da una muy buena sensación cuando alguien llega a mi casa y disfruta estar allí. Una vez hecho, me da placer” (Altschuler 2008)³.

Mercedes Martínez (2016), por otra parte, señaló en su estudio sobre mujeres cuidadoras en la Comunidad de Madrid con alguna enfermedad crónica, que estas mujeres, al estar a cargo de algún familiar dependiente ubicaron su trabajo de cuidado –parte del trabajo doméstico– como primordial en su vida cotidiana, el cual llevaron a cabo desde la adaptación a su enfermedad mediante la normalización de sus procesos crónicos, la neutralización de los

³ Original: “I love to see things sparkling. I think of it as just a process of everyday life, just to keep things flowing, just to keep things going.” / “It gives me a very good feeling when someone comes to my home and enjoys being there. Once it’s done, it gives me pleasure”.

mismos, y el olvido de su cronicidad mediante la minimización de su enfermedad y la concentración en sus ocupaciones diarias.

Las cuidadoras se definieron a sí mismas como sanas (o no-enfermas) y capaces de cuidar a alguien postrado, quien pasó a tomar el papel de enfermo de verdad. Entre las estrategias para dicha adaptación, una fue la racionalización, a través de la cual las cuidadoras elaboraban discursos donde su enfermedad era algo común en la vida propia y de otras personas de su entorno y algo a lo que podían acostumbrarse. También solían atribuir sus dolores a los cambios de clima u otras influencias externas. Para neutralizar los síntomas, recurrieron principalmente al apego al tratamiento farmacológico y a las revisiones periódicas para vigilar su enfermedad. En caso de desajustes, se proponían resolverlo con dosis de fármacos, régimen alimenticio y disminución del estrés (Altschuler 2008).

En este apartado se ha podido ver que los estudios sobre trabajo doméstico y atención de la diabetes han identificado que el género es un aspecto que influye de manera muy importante en el cuidado, en el uso del tiempo, y en la distribución del trabajo en el hogar. En el siguiente capítulo se abordará el trabajo doméstico, el género y la autoatención como conceptos que servirán para el análisis de la información a la que se tuvo acceso durante el trabajo de campo.

2 Marco conceptual y metodológico

2.1 Autoatención

El concepto de *autoatención* fue propuesto por Eduardo Menéndez en el marco de la antropología médica crítica (Menéndez 1990a; Mercado 1996). Esta orientación requiere identificar las relaciones entre los aspectos ideológicos, políticos, económicos, demográficos y culturales que operan en los conjuntos sociales y generan condiciones de vida que se traducen en contextos de posibilidad dentro de los cuales ocurrirán los procesos de salud/enfermedad/atención (en adelante s/e/a) en una sociedad y cultura.

Menéndez desarrolló sus trabajos a partir de las relaciones de hegemonía y subalternidad para explicar por qué en el abordaje de los procesos s/e/a ha sido excluida la integración de los aspectos mencionados. Una de sus propuestas para superar las limitaciones correspondientes es el concepto de autoatención (Menéndez 1985; 1988; 1990a; 1991; 1992a; 1992b; 2009; Menéndez y Di Pardo 1996).

A partir de sus trabajos sobre las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán (1981) y sobre el alcoholismo (1983, 1987, 1990b), Menéndez identifica que la biomedicina se relaciona con otras prácticas relativas a los procesos de s/e/a desde una posición de hegemonía (1990a), lo cual se traduce en que la medicina científica llega a ser reconocida como la manera correcta de diagnosticar, explicar, curar o tratar las enfermedades, mientras que el resto de saberes han sido ubicados en una posición de subalternidad y son excluidos, ignorados, estigmatizados, negados, subordinados y transformados a la sombra del *modelo médico hegemónico* (MMH) (Menéndez y Di Pardo 1996).

Menéndez describió el MMH a partir de los siguientes elementos:

- a) concepciones teórico/ideológicas dominantes (división cuerpo/alma, biologicismo, evolucionismo, énfasis en lo patológico, individualismo);
- b) exclusiones (a-historicidad, a-socialidad, a-culturalidad, exclusión del sujeto);
- c) relación instituciones médicas/paciente (asimetría, exclusión del saber del paciente, el paciente como construcción, medicalización de los comportamientos);
- d) el trabajo médico (dominio del trabajo clínico; asistencia, diagnóstico y tratamiento basados en la eliminación del síntoma, concepción de la enfermedad como ruptura y desviación);
- e) pragmatismo médico;
- f) autonomía médica (profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica);
- g) la enfermedad y la salud como mercancías (Menéndez 2009).

Estas características propician que en el marco del MMH, las personas sean atendidas en las instituciones de salud a partir de consideraciones limitadas y limitantes: su rol de enfermas y pacientes (Ibid.); atribución de la responsabilidad de enfermar al “paciente”, a su “estilo de vida” (Ibid.) o a la genética; expectativa de que el paciente obedezca a las indicaciones del personal médico sin que éste considere los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, ni los elementos socioculturales que inciden en las decisiones y prácticas de las personas como parte de un conjunto social (Ibid.). Así, el enfoque del MMH se traduce en recursos deficientes para explicar y dar respuesta a las necesidades en los procesos de s/e/a (Menéndez 1990a).

La propuesta del concepto de autoatención parte de considerar que es necesario conocer no sólo lo que hace el MMH respecto a los procesos de s/e/a, sino generar conocimiento acerca de la complejidad de estos procesos a partir del desarrollo de marcos teóricos y metodológicos que permitan describir y explicar de qué manera son recibidas, interpretadas, apropiadas, transformadas y reproducidas las formas de atención promovidas por el MMH y

otros modelos, dado que los conjuntos sociales las adoptan y adaptan en función de sus propias experiencias, necesidades, relaciones, trayectorias, saberes y recursos, de lo cual un ejemplo fue la respuesta al alcoholismo (Menéndez 1990b; Menéndez 1992a; Menéndez y Di Pardo 1996; Menéndez 2009).

En otras palabras, la *autoatención* refiere a los saberes y formas de atención que los conjuntos sociales elaboran para favorecer su salud y atender los episodios y condiciones de enfermedad a partir de su contexto y de los modelos de atención con los que han estado en contacto (Menéndez 1990a). Incluye la variedad de actividades que son realizadas para la reproducción biosocial en los conjuntos sociales. Además de los saberes dirigidos a “diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar” afectaciones reales o imaginarias de la salud (Menéndez 2009), consiste también en las prácticas de prevención, así como en la gestión de bienes y servicios para que la vida sea posible: preparación de alimentos, limpieza de viviendas, aseo del cuerpo, obtención de agua, crianza, etcétera (Ibid.).

Para el estudio de la autoatención, el investigador propuso focalizar “la descripción de lo que hacen, usan y dicen los sujetos y grupos sociales para atender sus padecimientos” durante su carrera como enfermos en lugar de partir de los curadores o de centrarse en un solo tipo de ellos. Esto, sin olvidar el enfoque relacional, a partir del cual se escuchan diferentes voces en torno a un hecho o proceso, y no sólo una porque eso obstaculizaría la comprensión e intervención (Ibid.).

Menéndez señala que hay dos espacios por excelencia para el estudio de la autoatención: 1) “los grupos primarios ‘naturales’, especialmente el grupo doméstico” y los “grupos de autoayuda [**como**] grupos de Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Clubes de

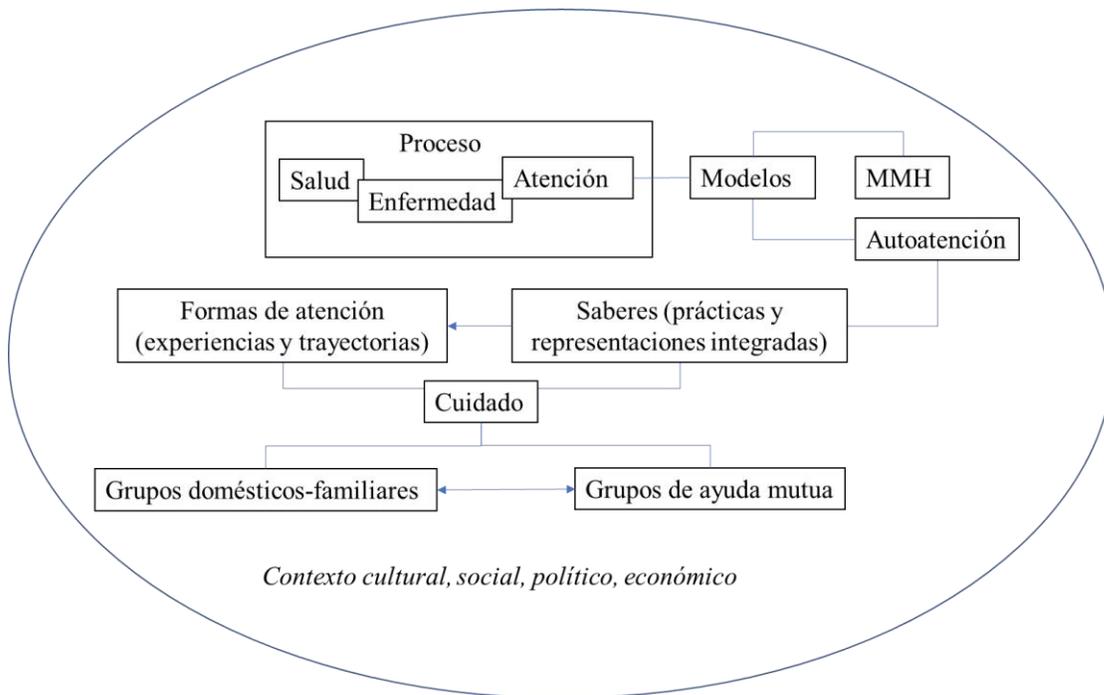
diabéticos, padres de niños con síndrome de Down, etc.” (Menéndez 2009). De éstos, el grupo doméstico es el espacio principal. Cabe aclarar que cuando el autor habla de “grupos de ayuda mutua” no está pensando en los grupos de ayuda mutua (GAM) que se expusieron en el capítulo anterior como parte de la estrategia nacional para combatir enfermedades crónicas en México, sino a una diversidad de grupos que pueden formar las personas como respuesta a su condición de salud, los recursos que tienen a su alcance y sus necesidades.

Para Menéndez (1993) la “familia-grupo doméstico” es la “microestructura que más peso tendría en la formación de las representaciones y prácticas de los sujetos respecto del proceso salud/enfermedad/atención” por ser el espacio donde son detectados y atendidos con mayor frecuencia los padecimientos, además de ser el lugar donde se inicia la carrera del enfermo y se toman decisiones respecto a la continuidad del tratamiento (Menéndez 1993; 1990a; 2009). En este nivel, las mujeres, sobre todo en su condición de esposas y madres, tienen a su cargo la realización de la mayor parte de las actividades relacionadas con la atención a la salud y la enfermedad (Menéndez 1990a; 1993; 2009).

Tanto los grupos domésticos como los de ayuda mutua se encuentran en un contexto que influye en sus características. Así, el estudio de la autoatención implica la consideración de varios actores que son difíciles de abordar simultáneamente en investigaciones de corta duración, como ésta; sin embargo, en esta investigación, se consideró que observar el grupo y conversar con las participantes con diabetes sobre su experiencia con la enfermedad y sus formas de autocuidado⁴ permitiría un acercamiento a las características de su autoatención, así como la relación con el trabajo doméstico que realizan.

⁴ En este trabajo, llamamos *autocuidado* a las formas de atención que las participantes llevan a cabo para sí mismas.

Elementos en la autoatención



Fuente: elaboración propia.

Relacionado con el concepto de *autoatención* está el de *experiencia del padecimiento*, desarrollado y utilizado por varios autores desde hace varias décadas (Kleinman 1980, Charmaz 1983, Good 2003, entre otros). En México, Javier Mercado (1996), lo concibe como la forma en la que viven con el padecimiento quienes, en un contexto específico, lo sufren (Ibid. 67). Esto implica cómo se dan cuenta del mismo, qué consecuencias tiene en su vida diaria, qué hacen para enfrentarlo, qué terapéuticas están involucradas en ello, qué dificultades tienen para seguir un tratamiento, cómo influyen los factores sociales y económicos, y qué diferencias hay en la forma de vivir el padecimiento entre unas personas y otras (Ibid. 68). En el siguiente apartado, se aborda el concepto de trabajo doméstico que, al igual que el de autoatención, es útil para el análisis presentado en capítulos posteriores.

2.2 Trabajo doméstico

Como concepto, el *trabajo doméstico* ha sido desarrollado y aplicado en la economía, la sociología, la antropología, los estudios de población, y otras áreas. Surgió a partir de un enfoque crítico procedente del feminismo, el cual, en la economía, cuestionó los modelos basados en la mano de obra asalariada y que ignoraron el trabajo no remunerado en las sociedades, especialmente el que tiene que ver con el cuidado y la sostenibilidad de la vida, y que está a cargo de las mujeres en las unidades doméstico-familiares (Himmelweit 2005). A partir de la visibilización de las labores domésticas como trabajo, surgió el concepto de trabajo doméstico.

En esta investigación, se usa la definición de Brígida García y Edith Pacheco (2014) respecto a que el trabajo doméstico “se refiere a la producción de bienes y servicios de manera no remunerada destinada al mantenimiento y reproducción de los integrantes de los hogares mediante su consumo directo” (Ibid., 19), esto es, que tales bienes y servicios no están dirigidos al mercado como parte de la cadena que va de la producción al consumo de los mismos.

El trabajo doméstico es tal en tanto se refiere a la transformación de recursos en servicios o productos específicos que encuentran un valor en el beneficio que tienen para quienes los consumen o reciben. Su carácter de doméstico está dado porque se realiza al interior de viviendas ocupadas por hogares cuyos miembros suelen tener relaciones de parentesco entre sí. Mercedes Pedrero (2014) define el hogar como la unidad doméstica o “el conjunto de personas unidas o no por lazos de parentesco que residen habitualmente en la misma vivienda particular y se sostienen de un gasto común principalmente para comer” (Ibid., 67). En esta

investigación, se adopta esta definición de hogar, y se utiliza como sinónimo el término de grupo doméstico-familiar.

Para operacionalizar el concepto de trabajo doméstico, se suele recurrir a la siguiente organización de las actividades que lo componen:

- a) Trabajo en el hogar
 - i. Preparación y servicio de alimentos para los integrantes del hogar
 - ii. Limpieza de la vivienda
 - iii. Limpieza y cuidado de ropa y calzado
- b) Mantenimiento, instalación y reparaciones a la vivienda o a los bienes del hogar
- c) Compras para los integrantes del hogar
- d) Servicios
 - i. Pagos y trámites
 - ii. Administración del hogar
- e) Cuidados de la familia (sin incluir estar al pendiente)
 - i. Cuidados a integrantes del hogar menores de 6 años
 - ii. Cuidados a integrantes del hogar de 6 a 14 años
 - iii. Cuidados a integrantes del hogar de 60 años y más
- f) Apoyos a otros hogares
 - i. Ayuda en quehaceres domésticos
 - ii. Cuidados de personas de otros hogares de manera gratuita (Santoyo y Pacheco 2014, 187-190).

Junto al *trabajo doméstico*, usamos el concepto de *género*, que nos permitió identificar las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al trabajo doméstico necesario en los hogares. El género diferencia en dos categorías a los seres humanos. Su principal anclaje tangible son los genitales de los sujetos, a partir de los cuales son situados en uno de dos grupos: hombre o mujer. Existen diversos desarrollos teóricos respecto a qué es el género, en los cuales no se profundizará en esta investigación (Beauvoir 1984; Butler 1990; Lamas 2000). Para los

propósitos de este marco conceptual, cabe destacar que, mediante el género, los sujetos son socializados de manera diferencial a partir de su pertenencia a uno de dos grandes grupos en la dicotomía femenino/masculino, la cual subyace a una variedad de condiciones de vida diferentes entre quienes están en un grupo u otro (Scott 1990; Benhabib 1992).

Una de esas diferencias está expresada en la división sexual del trabajo, que consiste en que a hombres y mujeres se les atribuyen diferentes responsabilidades, lo cual suele ser justificado en una supuesta condición biológica/anatómica. Una manifestación de la división sexual del trabajo es que las mujeres tienen a su cargo las actividades relacionadas con el servicio y el cuidado a otros, así como las tareas menos prestigiadas, confinadas a lo privado y sin reconocimiento en el espacio público (Bourdieu 2000).

Marcela Lagarde propuso la categoría *cautiverio* para dar cuenta de los contextos que posibilitan la existencia de las mujeres en la cultura patriarcal, los cuales regulan la relación de las mujeres con el poder y se caracterizan por privarlas de libertad (Lagarde 2005, 151). Uno de esos cautiverios es el de *madresposa*. La autora explica que, en él, la vida de las mujeres es orientada, desde su nacimiento, a partir de dos esferas: la conyugalidad y la maternidad. Por ello, se espera de las mujeres que tengan la disposición a proveer cuidado para otros. Son concebidas como servidoras por naturaleza. Son *seres para* otros y en función de otros (Ibid., 363-367).

Al ser recluidas las mujeres en el ámbito doméstico, dependen de los hombres para su existencia, la cual se especializa en cuidar a los miembros del hogar, especialmente a los hombres (Ibid.); por eso, la orientación de la vida de las mujeres a la atención de otros es una característica fundamental de la diferencia de género que tienen con ellos. A partir de esto,

nos preguntamos en esta investigación cómo se relaciona la autoatención de adultas mayores entrevistadas con su condición de encargadas principales del trabajo doméstico en su hogar, si un aspecto influye en el otro y de qué manera. Para ello, se consideró importante conocer el involucramiento de las participantes en el trabajo doméstico a su cargo y las características de su autoatención, dentro de la cual se encuentra su experiencia con la enfermedad, la atención médica a la cual han tenido acceso y sus actividades diarias de autocuidado, principalmente. En el apartado siguiente se explica la metodología de esta investigación.

2.3 Metodología del trabajo de campo

La pregunta de investigación se elaboró después de haber tenido contacto con el grupo de ayuda mutua (GAM)⁵. Primero hubo una oportunidad de visitar el grupo y, después de una primera observación, se propuso la pregunta sobre la relación entre el trabajo doméstico y la autoatención en adultas mayores al ver que el grupo estaba formado principalmente por mujeres que tienen más de 60 años y que se dedican al hogar.

Dado que en esta investigación se busca conocer la relación entre el trabajo doméstico y la autoatención, se consideró que el enfoque cualitativo era el adecuado porque permite un acercamiento a las experiencias y saberes de las participantes y, con ello, a los significados y relaciones que están involucrados en el trabajo doméstico y en su autoatención. Una hipótesis al respecto es que el trabajo doméstico puede influir en el autocuidado porque promueve, permite, dificulta o impide ciertas actividades para el cuidado y que, a su vez, los

⁵ En este trabajo se usan “GAM” o “grupo de ayuda mutua” como términos intercambiables para referir al grupo de personas con diabetes e hipertensión que fue observado.

cuidados que las participantes buscan para sí pueden influir en el trabajo doméstico que están dispuestas a realizar y la forma de llevarlo a cabo.

En cuanto a las técnicas, se recurrió a la observación y a entrevistas. Primero, se consideró que observar el grupo permitiría la entrada a campo, misma que conduciría a entrevistas con sus integrantes. Sin embargo, posteriormente, se identificó que observar algunas de las sesiones de un grupo de ayuda mutua también permitiría acceder a información sobre las condiciones de vida de mujeres con diabetes y sobre su experiencia del padecimiento. Durante la observación, se llevó un diario de campo que fue transcrito y codificado con apoyo del programa NVivo 11.

Para la entrevista, se establecieron los siguientes criterios de selección a las participantes:

- Ser adulta mayor. Esto es, haber cumplido 60 años
- Tener diagnóstico de diabetes desde, al menos, 2015
- Estar registrada en el grupo de ayuda mutua observado
- Que haya asistido al menos a una sesión del grupo mientras se llevó a cabo la observación
- Que sea la encargada del trabajo doméstico en su hogar

La observación empezó el primer viernes de diciembre de 2016 y terminó el último viernes de julio de 2017. En la tercera visita, se les pidió a las participantes del grupo llenar una ficha de identificación para tener referencias sobre su edad, ocupación y el tipo de hogar en el que vivían. A partir de esos datos se elaboró la lista de participantes presentada en la siguiente tabla.

Tabla 3

Participantes del GAM observado

	Pseudónimo	Edad	Ocupación	Vive con	Ocupación de sus co-residentes.	Padecimiento
1	Sandra	68	Hogar	Un hijo y un nieto	El hijo tiene un taller mecánico.	Diabetes
2	Nati	75	Hogar			Hipertensión
3	Ana	62	Hogar y abarrotes en su domicilio	Esposo	Abarrotes.	Hipertensión
4	Francisca	58	Ventas y hogar	Un nieto y esposo	Estudiante de secundaria el nieto y esposo guardia de seguridad.	Diabetes
	Mara	65	Hogar	Esposo y madre	El esposo, ninguna; está pensionado.	Hipertensión y Prediabetes
6	Susana	74	Hogar	Un nieto	Trabajo de oficina.	Diabetes avanzada (no asiste al grupo)
7	Salma	72	Hogar			Diabetes
8	Selena	45	Hogar	Nieto y pareja	Empleado en restaurante y herrería su pareja.	Diabetes e hipertensión
9	Fátima	69	Hogar			Diabetes
10	Coral	68	Hogar			Diabetes
11	Marina	80	Hogar	Un hijo	Junta del agua de Hermosillo.	Hipertensión
12	Juana	65	Hogar	Tres hijos	Empleados en maquilas y una ferretería.	Hipertensión
13	Isa	68	Hogar	Esposo	Ninguna. El esposo es pensionado y está enfermo.	Diabetes
14	Tina	66	Hogar	Esposo	Ninguna, el esposo es pensionado.	Diabetes
15	Alba	78	Hogar	Un nieto		Diabetes (reposo total. No asiste al grupo)
16	Gabriela	61	Hogar	Hija	Empleada en farmacia	Hipertensión

17	Ema	66	Hogar	Un nieto y esposo	El nieto, ninguna, y el esposo es velador.	Hipertensión
18	Carla	75	Hogar e iglesia	Un hijo	Tiene un negocio.	Diabetes
19	Laura	68	Hogar	Un hijo y esposo	El hijo, promotor, y el esposo, ninguna, es pensionado.	Diabetes
20	Josefina	60	Hogar	Dos hijas, dos nietos y el esposo de una de ellas	Empleadas en una maquiladora.	Hipertensión
21	Sara	63	Hogar	Hija y nieta de tres años	Empleada en un taller de maquiladora.	Diabetes
22	Maura					Diabetes. No asiste desde hace más de un año.
23	Esperanza	80				Diabetes e hipertensión
24	Diana	69	Hogar	Un hijo	Mecánico	Diabetes
25	Mirna	78	Hogar			Hipertensión
26	Mariana	78	Hogar	Un hijo		Hipertensión
27	Sofía	67	Hogar			Hipertensión
28	Alma	65	Hogar			Diabetes e hipertensión
29	Soledad					Diabetes avanzada, ya no asiste al grupo
30	Adela					
31	Teresa	52	Hogar			Diabetes e hipertensión
32	Karen	70	Cocinera en guardería			Diabetes e hipertensión
33	Ester	84				Ninguna

Fuente: elaboración propia.

En el GAM están registrados 36 participantes, de los cuales 33 son mujeres y tres son hombres. Veintiséis de las participantes asisten regularmente a las sesiones del grupo, así como dos de los hombres, uno que acompaña a su esposa, y el otro tiene diabetes y acude dos veces al mes. El tercer hombre registrado en el GAM también tiene diabetes, pero sólo acude a la toma de signos una vez cada dos o tres meses y no se queda a las sesiones

completas. Quince de las mujeres que frecuentan el grupo tiene diabetes y, de éstas, trece son adultas mayores; de las cuales el promedio de edad fue de 69 años. A las sesiones del grupo sólo asisten dos pares de personas que son parientes entre sí: Mara (prediabetes) y su esposo; y Laura (diabetes) y su hija (desde que Laura tiene dificultad para caminar). Finalmente, se puede señalar que la mayoría de quienes frecuentan el grupo vive en una colonia cercana al centro de salud donde se ubica el GAM o en la misma colonia, lo cual facilita que asistan a las sesiones, las cuales se llevan a cabo cada viernes durante casi todo el año. Las dos últimas semanas de diciembre, la Semana Santa y una o dos semanas de julio no hay sesiones.

El GAM observado es parte de un centro de salud urbano de la ciudad de Hermosillo, adscrito a la Secretaría de Salud; la colonia donde se encuentra este centro forma parte de un área urbana con rezago social bajo (INEGI 2017). Según el análisis que se hizo de las áreas geográficas básicas (AGEB), esta colonia y otras de donde proviene la mayor parte de las integrantes del grupo de ayuda mutua, se encuentran en situación de desventaja en ciertos indicadores.

Por ejemplo, mientras que la media respecto al porcentaje de población de 15 años y más con educación básica incompleta es de 19.3% en la localidad, en las colonias donde vive la mayoría de las participantes es de 31.2 % a 34.8%. Algo similar sucede respecto al porcentaje de población de 15 a 24 años que no asiste a la escuela.

Asimismo, en las colonias de donde provienen las participantes, el porcentaje de población sin derechohabiencia a servicios de salud es superior (21.2%) a la media para la localidad (19.5%), a excepción de la colonia donde se encuentra el centro de salud, donde sólo el 16.5% carece de cobertura en servicios públicos de salud. Esto puede deberse a que vivir cerca del

centro de salud favorece la asistencia al mismo, ya que para recibir atención gratuita sólo es necesario tener afiliación al Seguro Popular.

A partir de la observación realizada en la colonia donde tiene sede el GAM, se constató que en ella es costumbre dejar basura afuera de las viviendas en casi todas las banquetas y áreas pavimentadas, así como en las áreas verdes, que son varias y suelen ser ocupadas para dormir por personas en situación de calle. Relacionado con esto, las participantes refirieron a varios hechos delictivos cerca de su vivienda. Asimismo, destacan los inmuebles abandonados y deteriorados, uno de ellos un centro comunitario donde se impartían cursos de capacitación para el trabajo y de promoción de actividad física, el cual desde hace varios años se encuentra cerrado y en condición de abandono, según dijo una de las participantes, quien añadió que fue abierto por iniciativa de una vecina que ya cambió de domicilio.

La colonia donde se encuentra el GAM es una colonia un poco aislada, es decir, tiene pocos accesos físicos a otras colonias y partes de la ciudad. Por un lado, se encuentra limitada por unos campos deportivos. Por otro, se encuentra con amplios espacios ocupados por varias empresas privadas. Por otro lado, se encuentran más campos deportivos. Sólo por uno de los lados hay una avenida importante sobre la cual hay paradas para abordar el transporte público.

Para llevar a cabo las entrevistas, se pidió a las participantes su consentimiento por escrito (Ver Anexo 7.2). Antes de eso, se les dijo que se estaba haciendo una investigación sobre el cuidado de las personas con diabetes para la realización de una tesis de maestría en El Colegio de Sonora. A las adultas mayores que cumplieran con los criterios establecidos, se les preguntó si aceptaban ser entrevistadas. Nueve aceptaron la entrevista y la grabación en audio, y

firmaron el consentimiento informado. Una de ellas (Isa) dio su consentimiento de forma verbal para contestar un diario de actividades con acompañamiento de la investigadora y conversar con ella sobre sus actividades cotidianas, pero no accedió a una entrevista para profundizar sobre lo que señaló en el diario de actividades y que pudiera ser grabada, señalando que no tenía tiempo. De esa conversación se hicieron notas en el diario de campo, a partir de las cuales su caso se incluye en el análisis.

Todas las entrevistas, a excepción de la de Diana –que fue entrevistada en el patio del centro de salud– fueron realizadas en la vivienda de las participantes. Varias de ellas fueron visitadas previamente porque primero se les pidió llevar un diario de actividades, actividad que fue supervisada y, finalmente, sustituida por la conversación al ser incómoda para algunas informantes. Las entrevistas duraron entre 45 minutos y dos horas y media. Después de ser grabadas, fueron transcritas y codificadas con el programa NVivo 11. Asimismo, dos mujeres del grupo dijeron que simplemente no querían participar en el diario de actividades ni en la entrevista (Laura y Carla).

La aproximación⁶ a las características del trabajo doméstico de quienes participaron en esta investigación se planteó primero a través de un diario de actividades cuyos ítems aparecen en el Anexo 7.3 de este documento. A las participantes se les pidió que marcaran las actividades que estaban mencionadas en una tabla impresa que se les proporcionó, donde también aparecían los días de la semana para saber qué actividades realizaron durante siete días.

⁶ Se habla de una aproximación porque no todas las actividades se hacen todos los días, a la misma hora, ni con la misma duración, lo cual depende de varios factores: el estado de ánimo y salud de quienes las realizan y de otros miembros del hogar, si tuvieron visitas o no, u otras situaciones no previstas.

Cinco participantes no contestaron el diario de actividades y, en las sesiones del GAM, señalaron que preferían hablar de sus actividades que marcarlas en el diario de actividades, el cual no les “daba ganas” llevar. Tina, Coral y Sara lo contestaron completo. Sandra lo contestó parcialmente e Isa lo contestó con acompañamiento de la investigadora en una visita que se le hizo para saber cómo estaba llevando a cabo la actividad. Quienes no llevaron el diario, describieron sus actividades cotidianas en la entrevista.

Antes de terminar este apartado, es importante mencionar que hubo algunas dificultades en el trabajo de campo. Primero, fue difícil establecer *rapport* con las informantes durante los primeros meses debido a que, al parecer, interpretaban la presencia de la investigadora-observadora como una posibilidad de ser juzgadas negativamente, quizás porque así lo han sido por algunos profesionales de salud del Centro, como fue observado.

Constantemente, las participantes preguntaban a la observadora por qué no mejor se iba a la mesa donde se hacía la toma de signos y ayudaba a tomar la presión y la glucosa. Hasta marzo, las participantes empezaron a reconocer el lugar que la observadora buscaba sistemáticamente –siempre del lado en el cual se ubican ellas y no el personal de salud– y poco a poco comenzaron a responder el saludo con anécdotas sobre lo que habían vivido en la semana, y a hacer preguntas a la observadora sobre su vida privada.

Con todo, la observadora siguió siendo vinculada con el personal de salud durante el tiempo que visitó el grupo, de modo que en varias ocasiones se le dieron respuestas que se parecían más a lo que las participantes respondían al personal de salud y que no permitían la sinceridad ni la conversación. Esto ocurrió en la convivencia durante las sesiones y en segmentos de las entrevistas; aminoró un poco durante los paseos y convivios.

En las tablas que aparecen en las siguientes páginas, se presentan datos sobre las participantes entrevistadas e incluidas en el análisis. Para cerrar este capítulo, cabe recordar que, aunque se ha pensado en cómo retroalimentar al grupo, al no saber si será posible hacerlo, no se acordó con las informantes alguna sesión para retroalimentación, sin embargo, se considera la posibilidad de que, en el futuro, con el grupo de investigación sobre prevención de enfermedades cardiovasculares en El Colegio de Sonora, se puedan llevar a cabo actividades de ese tipo.

Tabla 4

Informantes que viven en un hogar unipersonal

Pseudónimo	Edad ⁷	Estado civil	Escolaridad	Tiempo de diagnóstico	Tiempo en el grupo	Afiliación médica	Ingresos	Cuida a adulto mayor o menor de edad de su familia.	Rango de glucosa en el primer semestre de 2017 ⁸
Salma	73	viuda	Auxiliar de enfermería	>10 años	>2 años	ISSSTE IMSS	Pensiones propias y de esposo	Sí a dos nietos menores de edad, las tardes de lunes a viernes.	122-163 mg/dl
Fátima	70	divorciada	6° primaria	16 años	>5 años	IMSS	Programa PROSPERA	No.	89-185 mg/dl
Karen	70	viuda	3° secundaria	17 años aprox.	<1/2 año	IMSS	Pensión de esposo y salario propio	No.	Sin datos
Coral	69	viuda	Auxiliar contable	14 años	14 años	ISSSTE	Pensión de esposo	Ocasionalmente a nieto menor de edad.	102-180 mg/dl
Sofía	65	divorciada	Auxiliar contable	20 años aprox.	>12 años	Seguro popular	Esporádico (autoempleo)	Ocasionalmente a su madre enferma.	Sin datos

Fuente: elaboración propia.

⁷ Según la edad que cumplen en 2017.

⁸ Según los datos disponibles. Karen y Sofía no conservan la hoja donde se les anota el resultado de las mediciones. Además, de algunas participantes se dispone más información que de otras debido a que las inasistencias a las sesiones del grupo varían de una participante a otra.

Tabla 5

Informantes que viven en un hogar nuclear o ampliado

Pseudónimo	Edad	Estado civil	Escolaridad	Tiempo de diagnóstico	Tiempo en el GAM	Afiliación médica	Ingresos	Cuida a adulto mayor o menor de edad de su familia.	Rango de glucosa en el primer semestre de 2017
Diana	69	viuda	3° primaria	20 años aprox.	>5 años	Seguro popular	Programa PROSPERA	No.	152-300 mg/dl
Isa	69	casada	3° secundaria	5 años	5 años	IMSS	No	Sí a esposo enfermo.	126-185 mg/dl
Sandra	69	viuda	6° primaria	5 años	3 años	Seguro popular	No	Sí a nieto con discapacidad.	100-159 mg/dl
Tina	67	casada	6° primaria	14 años	4 años	IMSS	No	No.	76-135 mg/dl
Sara	64	divorciada	3° secundaria	15 años	>12 años aprox.	IMSS	No	sí a nieta con intolerancia a la lactosa y alergias.	145-197 mg/dl

Fuente: elaboración propia.

3 Autoatención y experiencia del padecimiento

Hacer la distinción entre enfermedad y *padecimiento* supone reconocer que lo que pueden ser alteraciones fisiológicas en el cuerpo humano, se traduce en un impacto a nivel de significados, relaciones y formas de vida en los sujetos y los grupos (Mercado 1996). La *experiencia del padecimiento* remite a la comprensión de esa dimensión sociocultural de la enfermedad. El acercamiento a esta vivencia permite conocer los saberes involucrados en la forma de atender el padecimiento, los recursos con los que se enfrenta y las consecuencias que tiene en la vida de quienes la padecen; por ello, está vinculado a la autoatención. En este capítulo, se analizan los elementos que se pudieron conocer de la experiencia del padecimiento de las adultas mayores entrevistadas, entre los cuales se encuentra su pertenencia a un grupo de ayuda mutua, y se vinculan con las características de su autoatención.

El capítulo se divide en dos partes. En la primera, se abordan de manera general elementos diversos implicados en el padecimiento, como haber tenido familiares con la enfermedad, la forma en que fueron diagnosticadas con diabetes, los malestares que han tenido por la enfermedad, la explicación que dan de su condición como “diabéticas” y las actividades de autocuidado que procuran. En la segunda parte, se focaliza lo que ocurre en el grupo de ayuda mutua del cual son miembros las participantes y cómo a través de ello pueden ser observados otros elementos de su experiencia del padecimiento y de su autoatención.

3.1 Elementos que caracterizan el padecimiento de las participantes y su relación con la autoatención

La experiencia del padecimiento de las mujeres entrevistadas está dada por diferentes elementos. Uno de ellos son los cambios que han identificado en su cuerpo y que han sido interpretados como manifestaciones de la enfermedad. Algunas de ellas fueron diagnosticadas con diabetes después de que se “sintieron mal” y para otras fue una sorpresa. En ese sentido, se identificó que lo que llevan a cabo las participantes para atender su padecimiento tiene relación con los malestares que han vivido.

Entre quienes tuvieron malestar antes del diagnóstico están 1) las que tuvieron síntomas que no se quitaban o que fueron intensificándose hasta que no pudieron ser ignorados, y 2) quienes vivieron la aparición repentina (cuestión de días) de síntomas intensos que no pudieron relegar. En el primer caso, están Tina, Diana y Salma y, en el segundo, Coral y Sara:

Tina: Yo el 2003 fui al Seguro porque ya me sentía como cansada, como agotada [**después de un periodo de haber sentido tristeza y cansancio**].

Diana: Me daba mucha sed y me fui adelgazando. Y por eso me di cuenta. Y ya vine con el doctor y ya me hicieron análisis y todo eso y estudios y sí, salí diabética.

Salma: Yo sí, empecé... se me entumían los pies, las plantas de los pies. Fue cuando empecé y luego ya me hicieron estudios y sí, salí con diabetes.

Sara: Pues me acosté bien y me levanté con taranta⁹. [...] ¹⁰ Así me fui al módulo y ya me hicieron un chequeo. No, pues lo traía bien alto; creo que 480, [...] pero yo no sabía que era diabética.

Coral: Me sentí mal porque me empezó a dar un temblor. Me entraba una desesperación y con ganas de comer. Iba y abría el refrigerador y comía, se me calmaba, al rato otra vez y pues “¿qué tengo?” bien raro me sentía. [...] Y dije yo “pues yo voy a ir con el doctor porque

⁹ Se refiere a mareos.

¹⁰ Se usan los corchetes en negritas para referir a la edición que se hizo a los textos con el propósito de que, sin modificar su sentido original, se pudiera hacer una lectura fluida de ellos.

qué raro lo que estoy sintiendo”. Y ya fui con el doctor y él me mandó a hacer los estudios y [...] me dijo “usted tiene diabetes”.

Las participantes que no presentaron síntomas antes del diagnóstico fueron diagnosticadas de la siguiente manera: una, cuando acudió a afiliarse al Seguro Popular; otra, en una campaña de detección y, la otra, cuando fue a consulta por el seguimiento de un tratamiento anterior:

Sofía: Y pusieron unas personas ahí y fuimos todas las aquí las vecinas a chearnos y que me va saliendo a trescientos la azúcar.

Sandra: Fui a sacar mi Seguro Popular y para eso pues te tienes que checar, ¿no? Antes de ahí, yo por primera vez, ni sabía. Llegué y luego: “a ver, le vamos a checar cómo anda de la azúcar, la presión”, todo. Normal. Y luego ya la muchacha que me tipió: “¡uy, señora!”, me dijo –280 creo que tenía. “Señora”, me dijo, “usted viene muy mal”; “ay, ¿de qué?” le digo, “yo me siento bien”. “¡No! Es malo” me dijo. “Inmediatamente” dijo “de aquí con el seguro popular” –luego me lo hicieron– “se va a ir a consulta” me dijo. Y como aquí vengo a consulta, vine y sí, me dijo el doctor: “sí, eres diabética”. [...] Me sentí muy mal. Una semana me deprimí. Me daba miedo comer, todo me daba miedo hasta que me fui recuperando y acepté yo.

Fátima: “¿Que nunca le dijeron –me dijo– que era diabética?!” “¡Pues no! –le dije– así que diabética no soy”. Y por 147 no me dio luz verde para quirófano¹¹.

Tabla 6

Participantes con y sin malestares antes del diagnóstico de diabetes¹²

Participantes que no sintieron malestar	Participantes que sintieron malestar
Sandra	Diana
Fátima	Tina
Sofía	Sara
	Coral
	Karen
	Salma

Fuente: elaboración propia.

¹¹ Se refiere a la cirugía que le hicieron por una hernia.

¹² De Isa no se tiene este dato.

Para Sandra, la diabetes irrumpió en su vida de manera abrupta con una nueva sentencia sobre sí misma: *eres diabética*. Esta fórmula verbal que refiere a que se tiene la enfermedad es común y se asocia con una permanente condición vulnerable de salud.

Diana: Y ya vine con el doctor y ya me hicieron análisis y todo eso y estudios y sí. *Salí diabética*¹³.

Coral: “‘Pues pa’ *ser diabética* –me dijo– está muy bien.”

Fátima: Yo lo tengo desde 2001 que *me declararon diabética*.

Sara: Yo, desde el 2002. Quince años de *diabética*.

Arganis (1998) documentó que, si bien la identidad de diabético es impuesta por el personal médico, el grupo de ayuda mutua funciona para generar redes de apoyo entre los enfermos y un espacio para compartir terapéuticas. Más adelante se abordará la forma en la que se promueve el cuidado al interior del GAM observado.

Isa y Coral recordaron, además, reacciones que no estuvieron seguras de cómo explicar al poco tiempo de haber tenido el diagnóstico: “Yo lloraba mucho recién cuando me dijeron de la diabetes” recordó Isa, y añadió que aunque la encargada del GAM le sugirió acudir al psicólogo, a ella no le dio ganas de ir y dejó la situación así, hasta que dejó de llorar. Algo similar decidió hacer Coral, cuando se molestaba porque le preguntaran sobre su azúcar las enfermeras, lo cual, dijo, ya no le ocurre actualmente. Otras participantes no refirieron a reacciones similares a estas y que no pudieran explicar.

Coral: Lo que sí noté yo cada vez que iba a mi cita al ISSSTE, con las enfermeras, me daba mucho coraje que me preguntaran cómo andaba del diabetes. No sentí cuando me dijeron que era diabética, sino que me preguntaran. [...] ¡Ay!, verás cómo me daba coraje.

¹³ Las cursivas son parte de la edición para subrayar elementos a destacar en los testimonios.

Después del diagnóstico, algunas de las entrevistadas han tenido malestares o problemas de salud que suponen que son consecuencia de la diabetes. Esto es porque han contrastado entre diferentes sensaciones o porque lo han escuchado dentro o fuera de los centros de salud. Por ejemplo, Sofía ya sabe que hay una diferencia entre tomar las pastillas con alimentos o sin ellos. Ha vivido ambos escenarios y ya sabe en cuál se siente mejor o peor. Otras dijeron que no han tenido molestias ni complicaciones por la enfermedad. Enseguida se resume esto:

Tabla 7

Participantes que han tenido malestares y los atribuyen a la diabetes

Participantes que no han tenido malestar	Participantes que han tenido malestar	Tipo de malestar o problema de salud
Sandra		
Fátima		
	Tina	Debilidad si no desayuna a tiempo
	Coral	Debilidad si no come bien o no desayuna a tiempo
	Karen	Bajón de azúcar que provocó desmayo y delirio
	Sofía	Bajón de azúcar que “se siente muy feo”
	Isa	Debilidad
	Salma	Debilidad que le ha provocado caídas y fracturas
	Sara	<i>Taranta</i> (mareo), cansancio intenso
	Diana	Herida en la barba que no cicatriza desde hace alrededor de cinco años

Fuente: elaboración propia.

Los malestares que las participantes han tenido incentivan el apego al tratamiento o influyen en la forma en que éste se lleva a cabo. Karen dejó de tomar sus medicamentos cuando se sentía bien, sin embargo, un día se desmayó y entonces volvió a consumir el medicamento y la insulina: “Dejé la insulina y dejé de ir al Seguro también porque según yo me sentía bien, [...] pero el tratamiento no lo debo de suspender [**porque**] ya tuve muy mala experiencia” (Karen).

Sofía señalaba que, aunque los médicos no le dijeron que debe tomar el medicamento con el desayuno, ella sabe que debe hacerlo así para evitar la *temblorina*, al bajarle el nivel de glucosa. A partir de ese malestar, también sabe que debe comer, aunque casi no tenga hambre.

Sofía: [la pastilla de la diabetes] si me la tomo sin desayunar, pues me pega *temblorina*. [Tomo] Metformina y Glibenclamida¹⁴, las dos, pero me las tomo un poquito antes o en cuanto desayuno. Porque... *es que me siento más mal cuando se me baja que cuando se me sube*. Por ejemplo, en la mañana que me levanto y que no comí, no cené bien, pues me levanto así con la azúcar baja. *Sin comer algo no puedo caminar, hacer nada [...]* Cuando se me baja me siento bien mal y cuando se me sube, pues no, *la he traído a trescientos y no siento nada. [...]* ¿Sabes que nunca me da hambre? Yo como porque tengo que comer. En la noche sí [...] pues *ando buscando a ver qué como porque tengo mucho miedo que me baje el azúcar porque se siente bien feo*.

Sofía conoce las complicaciones relacionadas con tener diabetes y mantener niveles elevados de glucosa por lo que se le dice en el GAM: “eso nos han dicho en las pláticas, que nos puede pegar infarto o puedes quedar ciega”. Durante mis observaciones en el GAM, en las pláticas ofrecidas no se abordó el tema sobre el descenso abrupto de glucosa, aunque tampoco alguna de las participantes lo propuso, a pesar de que en mis entrevistas alguna tenía cuidados explícitos para evitar estos descensos. Esto puede deberse, en parte, a que el propósito de los GAM está orientado a prevenir sobre las complicaciones como amputaciones, pérdida de la vista, neuropatías y nefropatías, las cuales están consideradas como las más graves y las que representan mayor gasto en los servicios de salud (Ávila et. al. 2013 Boitan et. al. 2015).

Respecto a lo que hace Sofía –y otras participantes– para evitar las complicaciones que no ha tenido, está asistir al GAM para saber cuánto tiene de azúcar, y tratar de comer conforme a las indicaciones del personal de salud. Sin embargo ella contó que seguir estas medidas de cuidado es complicado, ya que a veces no puede adquirir los alimentos *de dieta*. Es común

¹⁴ Medicamentos antihiper glucémicos que consumen las participantes del GAM. Algunas sólo tienen prescrito uno de los dos.

que las participantes usen el término *dieta* para referirse a los alimentos que *deberían* comer, en oposición a los que *deberían* evitar.

Seguir las recomendaciones de cuidado que se ofrecen cotidianamente en el GAM y en los servicios de salud, contraviene lo que las personas se han acostumbrado a comer (Cardoso 2002), así como sus condiciones de vida. La misma Sofía alude a estas dos dimensiones cuando mencionaba que no cuenta con el dinero para adquirir los alimentos “de dieta”, además de que disfruta los alimentos no recomendados:

Sofía: Y [mis hijos] se fueron y me quedé sola y [...] ya no puedo comprar cosas para hacer dieta. [...] Como lo que puedo. [...] La única fruta que alcanzaba a comprar son los plátanos porque estaban baratos y ahora ni eso. [...] Digamos pollo y todo eso: o junto para el agua, para la luz y para todo, o como. Lo bueno que aquí mi amiga [...] con ella como todo lo que come mi amiga. [...] Muchas veces no [como lo adecuado], pero me hago la tonta. [...] Como cosas que no debo, como el pan. Yo soy panadera de corazón. [...] Si pasan con un pastel, yo pongo la mano y me lo como. [...] Verás que lo peor que pueda haber pasado conmigo: que me prohíban lo dulce, el dulce. Soy muy dulcera. [...] Como hacía empanadas y cocía siete leches¹⁵, [...] me podía comer una yo sola. Iba y me la cuchareaba. No en el mismo ratito, ¿no?, me duraba. Pero pues todavía no sabía que tenía diabetes. [...] Y cuando estoy comiendo pan a escondidas de mis hijos.

Otras investigaciones, como las de Robles y Mercado (1993), Javier Mercado (1996), María Rojo (1985) y Arganis (1998 y 2004) han reportado hallazgos respecto a que la condición económica influye de manera importante en el consumo de ciertos alimentos porque a falta de dinero las personas con diabetes no pueden adquirir los alimentos que les recomiendan y tienen que comer lo que puedan.

Otra dimensión de la vivencia de la diabetes para estas mujeres es el vivir muy de cerca las complicaciones de la enfermedad en familiares cercanos, varias de ellas muy graves. Tina,

¹⁵ Al parecer, se refiere a tipos de leche condensada o *lecheras* que ella elaboraba y que se preparan con abundante azúcar.

vio a su madre ser amputada, perder la vista, volverse dependiente por una embolia y, finalmente, fallecer. Por ello, ella sigue las indicaciones que le hacen en el GAM y sus médicos sobre cómo cuidarse, a pesar de lo difícil que pueda ser:

Tina: [**el hambre**] me la calmo, me tomo otro vaso de agua hasta que me llega la hora de la cena o me como la mitad de una manzana, [...] un pedazo de papaya porque me gusta mucho la papaya. [...] Hasta las ocho de la noche, me pongo la inyección y ya me hago un sándwich. Le unto tantita mayonesa y el jamón y una rebanada de tomate. Y es todo. Con un vaso de agua. Así estoy. [...] Espero media hora y luego ya voy y me acuesto. Porque tampoco no quiero subir de peso y quiero estar al control de la azúcar. [...] No quiero que me suba la azúcar, no, no quiero, no quiero. Yo me cuido para que no me suba la azúcar. Y tampoco subir de peso. ¡No!, porque yo vi el caso de con mi amá y yo me cuido, mejor. Yo me cuido. [...] Yo le saco¹⁶, no se crea que... que disfruto comer.

Tina señaló que ella empezó a cuidar su alimentación desde que la enfermedad de su madre se agravó y siguió haciéndolo cuando se le diagnosticó diabetes a ella misma, sin embargo, eso no fue suficiente. En 2013, cuando su glucosa no bajaba de 300 mg/dl –aunque ella señala que ya se cuidaba–, fue remitida por un médico del centro de salud a la Unidad de Especialidades Médicas (UNEME) correspondiente.

Tina estuvo asistiendo a las citas en la UNEME durante dos años y, si bien no fue dada de alta, cuando tuvo que dejar de ir, su glucosa ya se había estabilizado en valores alrededor de 120 mg/dl. Dijo que había dejado de asistir a la UNEME porque le quedaba muy lejos de su casa. Tenía que atravesar la ciudad en transporte público, para lo cual debía tomar dos camiones, los cuales tardaban en pasar y no la dejaban en la unidad, sino que ella tenía que atravesar un terreno baldío que le parecía peligroso. Esta situación la refirieron también Sofía, y Laura, otra participante del GAM que confirmó lo complicado que era para ellas asistir a las citas por la distancia, lo caro y lo inseguro del trayecto –evidentemente, también tenía un

¹⁶ La expresión “sacarle”, en México, significa evitar algo, y/o “tener miedo”.

costo en tiempo—, lo cual lamentaron porque, en su opinión, se les daba una atención “muy buena”.

Actualmente, la glucosa de Tina no excede 135 mg/dl, según los registros que pudieron ser observados en su carnet de citas médicas y en los resultados de su química sanguínea de junio de 2017. Entre los aprendizajes que ella hizo en la UNEME mencionó la importancia de revisar frecuentemente el *azúcar* y tener una dieta muy controlada, ya que, sin ello, como dijo “aunque una crea que se está cuidando, realmente no sabe cómo está por dentro”. Para la revisión constante de sus niveles de glucosa asiste al GAM todos los viernes. Sobresale que Tina es la única de las participantes entrevistadas que hace ejercicio con regularidad al salir a caminar de lunes a viernes a los campos deportivos que están cerca de su vivienda.

Sandra, quien no ha sentido malestar por la diabetes, pero ha visto en sus hermanos algunas consecuencias de la enfermedad, tiene prácticas de cuidado para tratar de evitarlo. Ella mencionó lo siguiente:

Sandra: Y ahorita, pobrecita [**mi hermana**], del mismo descuido del diabetes, de lo que comía, de lo que no se tomó el medicamento, de lo que tú quieras, llegó el momento que empezó a faltarle el aire, como una insuficiencia cardiaca. [...] Y resultó que se le desarrolló el corazón, tuvo crecimiento adelantado, y luego le andan fallando un poco los pulmones, pero ya son complicaciones de lo mismo que no se cuidó. Y es ocho años más chica que yo y está como una persona de unos 80, 90 años. [...] Tengo un hermano que a los 53 años le dio un infarto porque ya era diabético y él no lo sabía y él tomaba, él comía todo, y a causa de eso le dio un infarto. [...] Dializarnos, enfermar de los riñones, perder la vista: muchas cosas tiene el resultado de no cuidarse. [...] La carne asada, ya ves, tan tradicional que “¡Ay, carne asada!” Si acaso que “una carne asada vamos a hacer, mamá”: nomás dos taquitos y ya. No soy de “¡Ay, voy a comer mucha carne!” Porque me da miedo.

Respecto a la explicación de su enfermedad, las participantes refirieron con frecuencia al carácter hereditario de la diabetes y a los tiempos difíciles de su vida. Siete de ellas señalaron tener ascendientes con la enfermedad. En cinco de los casos, la madre y, en dos, el padre.

Diana se refirió a la diabetes como “la herencia que nos dejó mi papá” y Salma, que ha tenido más relación con los servicios biomédicos por haberse dedicado de manera profesional, durante treinta años, a la enfermería, considera que tanto la herencia como la falta de cuidado influyen para tener la enfermedad: “Por herencia, sí. Nos tocó, yo creo, [y] falta de cuidado también, que uno nunca se cuidó, pues”. Enseguida se muestra, de cada entrevistada, los familiares con diabetes:

Tabla 8

Familiares con diabetes

Participante	Familiares con diabetes
Salma	Madre (ya falleció) y todas sus hermanas.
Fátima	No sabe.
Karen	Hermano, primos y tías (no sabe cuántos, pero dice que son varios).
Coral	Madre (ya falleció), hermano y hermana.
Sofía	Padre (ya falleció), una tía y una hermana.
Diana	Padre (ya falleció), dos hermanas (una perdió la vista y falleció).
Isa	No sabe.
Sandra	Madre (ya falleció) hermana (vive, pero tiene serias complicaciones) y hermano (mencionó que ya se cuida porque tuvo un infarto).
Tina	Madre (se le amputó una pierna, perdió la vista, tuvo embolia y después falleció).
Sara	Madre (se le amputó un pie y falleció después).

Fuente: elaboración propia.

Aunque Karen, Coral, Tina y Sofía cuentan con familiares diabéticos y lo relacionan con el origen de su enfermedad, ellas señalan momentos difíciles en su vida que detonó la diabetes. Las interpretaciones del origen de su enfermedad son parte de los saberes que tienen sobre la misma. Los saberes, entendidos como las representaciones y prácticas integradas en formas de atención que son ejercidas para intervenir en el proceso s/e/a (Menéndez 2009), son la base de los cuidados que llevan a cabo las mujeres.

Al respecto, Karen dio la siguiente respuesta a la pregunta “¿Por qué cree usted que le haya dado diabetes?”:

Karen: Yo pienso que cuando se murió mi esposo, de ahí empecé. Me llevé un susto muy fuerte porque él estaba operado de una rodilla y estaba encamado. Tenía dos meses de convalecencia. Como no podía caminar, yo lo lidiaba, yo lo traía, lo llevaba al baño. Y una de esas [...] me metí al baño y lo volví a acostar [...] Ya oí que me dijo “¡Karen!” Apenas enojado me decía Karen. “Ya voy, hombre, qué no ves que le estoy echando agua al baño”. No, pues [en] lo que duré ahí, ya estaba agonizando, en esos minutos. Y pues yo no esperaba nada de eso. Yo pienso que eso fue.

Coral manifestó que haber vivido el proceso del diagnóstico al fallecimiento de su hermano por cáncer es la causa principal de que ella tenga diabetes. Para ella, la herencia y los hábitos de alimentación no recomendables en el pasado tuvieron menos influencia que el sufrimiento y la preocupación.

Coral: Me viene de herencia porque tengo un hermano y otra hermana diabéticos. Cuando murió mi esposo, agarramos mis hijas un tiempo de que: “vámonos a comer, vámonos a tal parte”. Era de que nos íbamos a comer a restaurantes; comía mucho y subí mucho de peso. Y yo digo que de ahí empecé, pero me empecé a para cuidar [y] no pasó nada. Al tiempo, se enfermó un hermano mío... el doctor ya nos había dicho a nosotros que nos cuidáramos, que el cáncer de estómago {de lo que murió su papá}, nos podía dar a cualquiera de nosotros. “No les va a dar a todos”, nos dijo, “pero en alguno de ustedes va a caer”. Y pues le da a mi hermano y ya nos dieron esa noticia de que tenía cáncer del estómago. ¡Ay no!, qué cosa tan fea. [Cuando] él falleció, a los días, ya resulté con el diabetes. [...] Yo les digo: “a mí me dio el diabetes cuando se enfermó mi hermano, por lo que sentí”.

Tina también señaló que tanto la herencia como el agotamiento pueden estar relacionados con su padecimiento. Manifestó que después del fallecimiento de su madre se sintió muy cansada e incluso deprimida, por lo que finalmente fue a consulta médica y se le diagnosticó diabetes, lo cual ella vincula con el estrés.

Tina: Y en el 2003 fue cuando yo empecé a ir al Seguro¹⁷, porque mi mamá murió en el 2000. Yo el tres fui al Seguro porque ya me sentía como cansada, como agotada [...] Dijo el doctor –porque yo me sentía mal– que era estrés el que tenía; muy estresada estaba. Pues yo sé que eso era. Eso era lo que tenía y de ahí empecé a ir al Seguro.

¹⁷ Se refiere al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), referido coloquialmente como *Seguro*.

Sofía señaló el abandono de su esposo durante varios años como algo que puede estar en las causas de la diabetes en ella, además de las constantes preocupaciones durante la crianza de sus hijos, que han sido mencionadas en párrafos anteriores:

Sofía: pues si **[la diabetes]** es como dicen, que con las preocupaciones y cosas de esas, yo viví una vida muy desgraciada con mi marido. Muy estresada. En el rancho. [...] Yo sola porque él iba y venía, estaba quince días por allá y venía un día o dos días estaba con nosotros. [...] Luego, cuando ya tuve al más grande, se me acabó la vida [...] A él le valió. [...] En las noches de que truenos y que se nos iba la luz y todo, pues sentíamos miedito, ¿no? Y luego, cuando salía yo a cerrar el portón, todo el mundo en sus casas con sus maridos. Nosotros, siempre solos.

Es importante considerar la interpretación que tiene el sufrimiento y las preocupaciones en la explicación del surgimiento de la diabetes porque eso permite entender mejor el autocuidado de las participantes. Si el estrés, las preocupaciones y los conflictos provocaron la diabetes y contribuyen a que *suba el azúcar*, como lo señala Fátima: “Cuando tengo mortificaciones me sale así **[alta la glucosa]**”, las participantes prefieren alejarse en lo posible de las personas o situaciones que puedan alentar sus mortificaciones, pues sus condiciones de vida ya son de por sí, difíciles.

Por ejemplo, Sofía, al tener una relación difícil con su madre, optó por alejarse de ella pensando en su salud: “Si viviera con mi mamá ya me hubiera muerto”, afirmó. Las preocupaciones como origen y agravante de la diabetes han sido referidas por quienes la padecen en varias investigaciones y las mujeres, en particular, han mencionado los sustos y los problemas que enfrentan al interior de su grupo doméstico y familiar como lo que les afecta el *azúcar* (Rojo 1985; Mercado 1996; Arganis 1998, 2004). En México, la diabetes con “causa nerviosa”, por “susto” o por “una emoción violenta” se identificó desde las investigaciones médicas del siglo XIX (Arganis 2002, 124).

En varias ocasiones, durante la observación de las sesiones, se escuchó que las participantes atribuían la elevación de sus niveles de glucosa a las preocupaciones y sus consecuencias como no haber dormido bien o estar nerviosas, ya sea por problemas o dificultades con miembros de su familia, o por cuestiones de inseguridad en su colonia.

Como vemos en estos testimonios, la autoatención de las participantes está relacionada con elementos de la experiencia del padecimiento tales como atribuir el incremento del *azúcar* al estrés, al sufrimiento, o a las “mortificaciones” en general; así como al consumo de ciertos productos. Dado que la autoatención consiste en la generación constante de saberes para conservar, aliviar y mejorar la salud y surge de las experiencias, trayectorias y recursos con los que se cuenta (Menéndez 2009), se puede afirmar que, en este caso, el reconocimiento que las participantes hacen de sí mismas como *diabéticas*, y los malestares que han sentido y han atestiguado en otras personas inciden en su disposición a rasgos de su autoatención como los siguientes: consumir menor cantidad de grasas y alimentos con harina, no abandonar el medicamento, ingerir las pastillas con comida, dar seguimiento a sus niveles de glucosa, caminar, y alejarse de lo que pueda darles preocupaciones.

Otros aspectos involucrados en la experiencia del padecimiento y autoatención de las participantes son sus condiciones de género y edad. El caso de Sofía, por ejemplo, da cuenta de la intersección y codependencia de estas condiciones. Ella es la mayor entre sus hermanos, ambos hombres. Uno de ellos fue a la universidad, estudió hasta posgrado y ahora se desempeña como investigador en una institución de educación superior. El otro estudió una carrera comercial y desde hace décadas se ha dedicado a su propio negocio de abarrotes. Si bien Sofía también fue enviada a la escuela y estudió una carrera corta como auxiliar

contable, no ejerció su profesión porque, al terminar sus estudios, aproximadamente a los 20 años, contrajo matrimonio y se dedicó a atender a su esposo y a sus hijos.

Una de las escuelas en las que estuvo Sofía tiene relación con lo que se esperaba de las mujeres en su contexto, como no andar en la calle, y ser casta. Una de las instituciones donde Sofía estudió la primaria y la secundaria tuvo que ver con el interés de sus padres en que no conviviera con hombres, por lo cual decidieron recluirla en un internado de monjas después de que empezó a menstruar: “ya ellos me tenían encerrada, pero ¿sabes por qué? Porque a mí ya me empezaban a gustar los muchachos, pues. Y yo andaba con un muchacho que no les gustaba a ellos, me refundieron al internado [...]”. En el internado, la principal enseñanza fueron los modales con los que las señoritas debían conducirse en su vida cotidiana, inculcados mediante un trato estricto: “haz de cuenta que estabas en un ejército”.

Sobre la educación en su casa y la escuela, Sofía comentó “no me dejaron conocer la vida”, lo cual se perpetuó con el matrimonio, dado que su esposo la llevó a vivir a un rancho muy lejos de la ciudad del cual era difícil salir. A ello, se sumaron el abandono constante de su marido, los embarazos de alto riesgo y las enfermedades de uno de sus hijos, a quienes tuvo que criar sola:

Sofía: Él salía y me quedaba sola en la inmensidad de aquel monte y aquella oscuridad, y sin a dónde pedir auxilio porque el rancho más cerca estaba a algunos¹⁸ kilómetros y ¡a pie en el monte! [...] Cuando ya tuve al más grande, se me acabó la vida. [...] Se le empezaba a poner azul la boca de que le faltaba el aire. En la noche, ni dormía, estaba viéndolo así, si estaba respirando. [...] Le abría la llave al baño para que saliera el vapor. [...] Se acababa el vapor, lo volvía a prender, y así toda la vida fue. Y por eso yo ya no quería tener otro. [...] Ya

¹⁸ En Hermosillo, el adjetivo *alguno*, si bien denota una cantidad no específica o no conocida con exactitud, llega a usarse como lo contrario a poco, o con un significado cercano a varios, por ejemplo:

– ¿Vinieron pocas invitadas?

–No, sí vinieron algunas.

vivíamos solos. Y yo siempre le reclamaba y él decía que no, pues que le gustaba vivir solo allá.

Posteriormente, cuando sus hijos eran adolescentes, Sofía decidió divorciarse y se integró al mercado laboral en la informalidad. Hacía tortillas, pasteles y otros postres, los cuales vendía en el local de abarrotes de su hermano. Su ocupación facilitaba que consumiera productos que ahora sabe que debe evitar: harinas, lechera, azúcar. Por otra parte, las ganancias no le permitían ahorrar, sino sólo ir supliendo las necesidades más urgentes de su hogar.

Finalmente, destaca también que el trabajo remunerado ocupó, junto con el trabajo doméstico, gran parte de su tiempo y de su vida, al final de lo cual se encuentra sin soporte económico ni compañía, si bien, en el discurso, ella suele hablar de sus hijos como si aún vivieran con ella, lo cual da cuenta de la importancia de esa relación.

Sofía: Les di hasta mi vida ahí, yo no volteaba pa' ningún lado, yo estaba agachada como burro trabaje y trabaje. Cuando volteeé ya todo había cambiado, ya estaba sola, ya estaba obsoleta. [...] Yo jamás pude salir a comer fuera. Les daba: "toma para el camión, para que vuelvas". Y les daba algo pa' que gastaran; era medido así lo que podía darles. [**Ahora**], a veces no tengo dinero ni para el camión. [...] Vendo frijoles. [**Cuezo**] frijoles y los congelo, ya guisados y todo, y molidos. Cuando hay veces que no tengo nada, alguien viene y me compra un frijol y ya tengo los cuarenta pesos y ya voy a comprar el litro de leche o algo.

Cuando su hijo mayor ingresó al mercado laboral, él empezó a darle parte de su salario a Sofía, sin embargo, cuando contrajo matrimonio, ese apoyo fue diluyéndose hasta que prácticamente desapareció. Actualmente Sofía recibe el apoyo económico de este hijo cada seis meses, y lo usa principalmente para el pago de servicios en su vivienda (predial, agua potable, electricidad). El otro hijo no ha aportado a los gastos de Sofía, lo cual ella atribuye a que su salario es bajo. Sus hijos salieron del hogar materno y de Sonora desde hace más de cinco años.

Hasta aquí, se puede observar cómo el género ha colocado a Sofía, en una posición de subordinación a lo largo de su vida. En la pubertad, ella no podía realizar sus deseos de salir con amigos y amigas porque eso era mal visto. El curso de su educación se trazó en función de las expectativas de otros a partir de las normas que debían seguir las mujeres *de familia*. Una vez casada, al no tener un trabajo remunerado, ser nuevamente recluida –esta vez en un rancho de difícil acceso– y ser la única que podía cuidar de sus hijos, dependía totalmente de las aportaciones económicas de su esposo.

Cuando no contó con el dinero del padre de sus hijos, no tuvo oportunidad de ejercer su profesión en parte porque tenía que llevar a cabo el trabajo doméstico. Años más tarde, se convirtió en dependiente de su hijo mayor, económicamente. En su historia, se puede ver cómo el género dio forma al curso de su vida. Su condición de mujer determinó su permanencia en condiciones de reclusión, dependencia, y dedicación a trabajo doméstico, características del cautiverio de madresposa en el que son socializadas las mujeres (Lagarde 2005).

Además de su condición de género, Sofía está viviendo una etapa en la que ya se han alejado de ella las personas que dieron sentido a sus actividades cotidianas durante muchos años: sus hijos. No sólo viven fuera de la ciudad, sino que no habla con ellos durante meses. Esto es algo que también enfrentan, en diferentes formas, otras participantes.

En el caso de Fátima, aunque los hijos vivan en la misma ciudad e incluso lleguen a invitarla a su casa, ya no hay una relación estrecha con ellos, sobre todo desde que una hija se quedó con la casa que Fátima compró. En otros casos, aunque los hijos estén cerca y sufragen

ciertos gastos, las participantes refirieron que la relación con sus hijos ha dejado de ser cercana y que no se sienten comprendidas.

Diana, aunque vive con un hijo, casi no convive con él, en parte, por los horarios que tiene en el trabajo, y porque, en su tiempo libre, él duerme o sale de casa, generalmente para beber. Tina, que vive con su esposo, señala que éste no permanece en casa, sino que sale a trabajar –en empleos temporales– y después a beber con sus amigos.

En el caso de las participantes casadas, se encontró que sus maridos están pensionados por su trabajo en empresas privadas y que, al dejar de ser empleados de éstas, buscaron trabajo con sus conocidos. Generalmente tienen empleos no permanentes y con salarios bajos como checadores de camiones o ayudantes en un taller. Tina mencionó que después de las horas de trabajo, su esposo se va a beber y llega a la casa “cuando quiere”. En el caso de Isa, su esposo ha dejado de salir desde que está gravemente enfermo, pero ella subraya que, respecto a lo que él siente, es sincero con sus amigos y no con ella: “Yo lo oigo cuando habla por teléfono con sus amigos. [...] Y yo nomás me pongo en la puerta {hace gesto que sugiere el acto de oír detrás de la puerta}, ¡pero vieras a mí no me dice!”

Es importante tener presente que, con el avance de la edad, es posible que las adultas mayores se enfrenten a la pérdida de las relaciones que fueron más significativas para ellas porque mueren o enferman sus padres, la pareja, las amigas, o se alejan los hijos, entre otros cambios. En general, los recuerdos, junto con una evaluación de lo que hicieron en el pasado, aparecen con frecuencia al conversar con ellas. No se mencionan proyectos a futuro, sino recuentos de lo que se pudo hacer y lo que no. Coral, por ejemplo, mencionaba estar conforme con lo que vivió y que por eso no la entristecía saber que ya le queda poco tiempo de vida. En su relato,

la imaginación y los proyectos son atribuidos a los jóvenes. Ella, en cambio, se puede reír de tales deseos:

Coral: Yo ya tengo 68 años. Yo no puedo ya. Tú sabes bien que la edad de uno, para llegar, es de los setenta años. Ya si llegas después de setenta, uy, qué bueno, pero, ya a los setenta años, la mujer, ¡máximo! [...] No me da tristeza porque ya vi a mis hijas crecer, ya están casadas, ya conocí a mis nietos. ¡Ya! Yo digo que ya. Ya si Dios se acuerda de mí, pues ya. Yo ya tuve todo, gracias a Dios. Ya lo viví. [...] Dice una nieta que acaba de terminar la carrera: “Nana¹⁹, yo voy a estudiar y le voy a hacer una casa bien grande, con mucho jardín.” {Ríe} [...] Porque, no, pues ellos como jovencitos piensan muchas cosas. [...] Pobrecitos.

Sofía, también evalúa su pasado a partir de la crianza de sus hijos al ser una mujer divorciada y madre de hombres:

Sofía: Yo los eduqué y les di todo. No había nada más que sacarlos adelante porque yo tenía un horror de que no hicieran algo en su vida como muchos de sus parientes porque, para allá, la borrachera era primero. Y me iban a echar la culpa porque yo me los traje. Pero no, fíjate que gracias a Dios no. [...] Y el más grande terminó **[la carrera]**, así que me puedo dar el lujo de decir que yo les ayudé.

La familia es la obra que da valor al esfuerzo de toda la vida de varias de las mujeres que participaron en esta investigación. Cuando contrajeron matrimonio, casi todas esperaban encargarse únicamente del cuidado de su pareja e hijos. Algunas entraron al mercado laboral porque, al divorciarse, se convirtieron en las únicas proveedoras de cuidados y de alimentos de sus hijos. En sólo dos casos, las participantes tuvieron trabajo remunerado porque su ingreso mejoraba considerablemente la calidad de vida en el hogar y les gustaba lo que hacían. Sin embargo, quienes trabajaron fuera del hogar no dejaron de dedicarse al trabajo doméstico.

Tabla 9

Presencia de las participantes en el mercado laboral a partir de que contrajeron matrimonio

¹⁹ En Hermosillo, se le dice “nana” a la abuela

Participante	Ingresó al mercado laboral	Motivo	Ocupación en el mercado laboral
Coral	No	El salario del esposo era suficiente	
Isa			
Sandra			
Tina			
Salma	Sí	Mejoramiento de la calidad de vida	Enfermera. Actualmente está jubilada. Tiene dos pensiones propias.
Karen			Fotógrafa hace más de dos décadas y, actualmente, cocinera.
Diana	Sí	La aportación del esposo era insuficiente	Buscaba objetos en la basura y los vendía.
Sofía	Sí	Divorcio	Hacía tortillas y postres. Ahora vende frijoles cocinados, costura, y cuida, esporádicamente, a dos niños.
Sara			Empleadas en restaurantes y autoempleo mediante elaboración de comida (barbacoa, tamales, tortillas, chorizo), y limpieza de casas.
Fátima			

Fuente: elaboración propia.

Coral, Sandra y Tina tuvieron un empleo remunerado antes de casarse, pero esperaban contraer matrimonio y dedicarse al hogar, lo cual hicieron. Esa también era la aspiración de Fátima, Sara y Sofía, pero se vio frustrada cuando se vieron en la necesidad de pedir el divorcio por malos tratos de sus cónyuges. Al obtenerlo, se quedaron a cargo de sus hijos y por ello tuvieron que buscar la forma de obtener ingresos. Los empleos que tuvieron estaban relacionados con la posibilidad que seguir cuidando de sus hijos: “el patrón me dio oportunidad de tenerla ahí, y pues yo le llevaba las zapetas, la mamila y ahí la tenía”, contó Sara, y Fátima recordó algo similar: “Yo le dije al **[patrón]**: ‘Yo le puedo atender todas sus mesas, pero acépteme a mis hijos’”.

Sobre este tipo de situaciones, se ha usado el concepto de doble jornada, que se refiere a la responsabilidad de encargarse tanto del trabajo doméstico como del trabajo remunerado fuera del hogar, condición en la que suelen estar las mujeres porque, aunque han ingresado al

mercado laboral, sigue siendo su obligación hacerse a cargo de las labores domésticas en sus hogares, lo cual se traduce en una carga global de trabajo mayor para ellas, misma que se agrava entre más menores de edad, adultos mayores y personas enfermas cuidan (Carrasco et. al. 2005, Pacheco y Santoyo 2014, 184). Asimismo, la doble jornada influye en que las mujeres interrumpan su trayectoria laboral, tengan salarios más bajos que los percibidos por los hombres, menores posibilidades de ascenso, y que se empleen en la informalidad, lo cual disminuye sus posibilidades de acceder a pensiones en la vejez (Goecke et. al. 2017).

Como una expresión de esta construcción de los roles de género femenino, cabe señalar los señalamientos que se me hacían como mujer “sola” pues a menudo me preguntaron si no me *enfadaba* (aburría) por vivir sola, por no tener hijos, o por no tener pareja. La importancia de ser madre fue reiterada por ellas en muchas ocasiones. Tina decía que “lo bonito [**del matrimonio**] son los hijos”. Isa y Ema, después de preguntar la edad de la observadora, le sugirieron que, aunque no se casara, al menos tuviera un hijo para no quedarse sola. Esto da cuenta de la importancia que tienen, para estas participantes, la maternidad y la conyugalidad, lo cual, como se explicó anteriormente, caracteriza la vida de las mujeres al ser esos sus roles obligatorios en una cultura patriarcal (Lagarde 2005).

La llegada de las mujeres a una etapa donde carecen de convivencia y de actividades ante la viudez y/o el alejamiento de los hijos, evidencia que su vida estuvo en función del espacio doméstico y del grupo familiar, fuera del cual su círculo social es reducido, lo cual puede volver a recluirlas en el espacio doméstico al añadirse el deterioro de la capacidad física, que las disuade de salir de su vivienda, así como la precariedad económica por la falta de pensiones y su condición permanente de dependientes económicos. Estudios sobre la vejez han documentado que la viudez, la soledad, la enfermedad y la escasez económica de las

personas adultas mayores son parte de su condición de vulnerabilidad y que las mujeres están en desventaja mayor, al menos en cuestión de ingreso (Montes de Oca 2011).

En el caso de Fátima y de Sofía es posible ver que, aunque ellas se dedicaron al trabajo doméstico y al trabajo remunerado fuera del hogar (doble jornada) desde que sus hijos eran pequeños hasta que llegaron a ser adultos, eso no garantizó su protección económica o que sus hijos se hicieran cargo de ellas en ese aspecto. Actualmente, Sofía enfrenta la soledad, la falta de recursos económicos y el desempleo la mayor parte del año. Se autoemplea haciendo costura que intercambia por productos, servicios o dinero, cuida a sus sobrinos a cambio de comida y algo de dinero, y cuece frijoles para vender, sin embargo, señala que esos ingresos son insuficientes para adquirir los alimentos que le gustaría consumir y que serían más apropiados por la diabetes.

Fátima está en una situación similar. Ella depende del programa de transferencias PROSPERA, y señala que ese ingreso tampoco es suficiente para sus necesidades, pero que afortunadamente tiene conocidos que le dan comida –como a Sofía–:

Fátima: Voy con esa amiga y su esposo es taquero; ella le hace para que él lleve y se los venda allá. Hace tacos de tortilla de harina con frijoles y el viernes que yo fui, oí que le fue mal, o sea no hubo mucha venta, y ya llegaron y ya me dijeron: “No, ¿sabes qué? quedaron tantos tacos”. Me dieron catorce tacos. [...] Entonces digo, también digo una cosa: si mi Dios me dice: “Ahí hay” entonces, si yo tengo *una medida* pues no me va a hacer daño porque si me hiciera daño mi Dios no me pusiera eso en mis manos, pero me los pone ahí. Ahí me dan tortillas de maíz de esas chiquitas que son de las tostadas que llevaron. Ahí me dan tacos en tortillas de harina; me dan barbacoa de la que les va quedando en el congelador; me dan cabeza, me dan bolsas de frijoles congelados. Entonces digo: “Me los dan, les nace dármele”, pero si Dios me pone aquello...

En esta parte del testimonio de Fátima se alcanza a ver el papel de los saberes vinculados a la enfermedad y el cuidado correspondiente frente a la condición de tener un presupuesto limitado para adquirir alimentos, por lo cual recibe lo que le dan, pero tiene *una medida* para

que no le haga daño comer lo que recibe: “La barbacoa sí la como, pero pues no soy afecta ‘¡Ay sí, tengo barbacoa!’ No. Me como cuatro, cinco tacos, pero yo soy de las que agarro y agarro la carne y la extiendo. [...] Yo veo que mis hijas agarran y se echan aquellos tacos de carne que apenas pueden comer y a mí no me gusta, a mí no me gusta así”. Fátima señaló que considera que come adecuadamente porque come lo necesario para llenarse, no de más, ni frecuentemente.

En cuanto a la capacidad física, Diana, por ejemplo, señaló que evitaba salir a la calle por temor a caerse o ser atropellada: “Siento que se me dobla esta canilla²⁰ de aquí, y puede pasar un carro”. De hecho, se le tuvo que apoyar para subir al transporte público a la salida de las sesiones del GAM porque le cuesta subir los escalones de las unidades. Asimismo, Coral manifestó que su fortaleza no es la misma que antes:

Coral: Antes así lo hacía, cuando estaba bien, yo agarraba y me iba al centro, a las tiendas a comprar, a visitar, [...] pero ahora no puedo. Y “no se vaya a ir”, y “no se vaya a ir en camión” [...] A veces, digo yo: “No les voy a decir nada, pero ¿si me pasa algo?” También yo, ¿no? Una caída, pues, no falta. Y luego yo antes, sola, iba y cobraba mi pensión al banco. [...] Ahora me da horror cruzar las calles. Nooo. [...] Tengo ahorita para unos ocho años que estoy así. Me da miedo cruzar la calle. [...] Me da miedo que me vaya a atropellar un carro, que no vaya a ver bien, que no me vaya a fijar. [...] Así como te digo que me voy a los desayunos con amigas, que me acompañe con alguien. Así yo sola, no. Sola no salgo ya. [...] He hecho la prueba de que salgo a caminar, por decir, si me voy al centro o a alguna parte, yo me canso, yo siento que me canso de las piernas; no puedo caminar mucho. Y aparte de que ahora batallo mucho, me levanto muy tarde porque yo tengo insomnio y, antes, a las cinco de la mañana me levantaba yo a barrer y a limpiar. Yo, para las diez, las once de la mañana ya tenía todo mi negocio listo y a gusto. Y ahora no. Hay veces que a las siete y media me despierto, como a las ocho, porque me vengo durmiendo a eso de las dos de la mañana, tres.

Hasta aquí, se han expuesto algunos saberes sobre la enfermedad que están integrados en la experiencia del padecimiento de las participantes y cómo el encadenamiento de las condiciones de género, edad y dependencia económica forma parte de su vivencia de la

²⁰ “Canilla”: parte inferior de la pierna.

enfermedad. Asimismo, fueron relacionados los elementos de la experiencia del padecimiento con ciertas prácticas de autoatención, como recurrir al descanso, evitar las preocupaciones, alejarse de problemas, no abandonar el medicamento, y tratar de evitar los alimentos no recomendados. El siguiente apartado del capítulo está dedicado a describir las actividades que se llevan a cabo en el GAM, las relaciones entre quienes se involucran en él y la repercusión de estos elementos en la autoatención de las participantes y su experiencia del padecimiento.

3.2 El grupo de ayuda mutua y otros rasgos de la autoatención

Durante esta investigación, las sesiones observadas del grupo de ayuda mutua (GAM) permitieron registrar intercambios entre las participantes del GAM y el personal de salud involucrado con el grupo, los cuales dan cuenta de las formas de atención que son promovidas en ese espacio y de algunas de las respuestas que las mujeres con diabetes dan a las mismas. La observación de las sesiones del grupo también permite un acercamiento a las relaciones entre personal de salud y pacientes, y los recursos del grupo para cumplir sus propósitos.

Durante el tiempo que se hizo la observación, el grupo estuvo a cargo de una enfermera que ha trabajado con el grupo por más de una década. También apoyan las tareas del grupo varios pasantes de las carreras de enfermería que estuvieron realizando actividades como parte de su ejercicio profesional; sobre todo, en la toma de signos.

Algunas participantes han estado en el grupo desde hace entre doce y quince años. Al remontarse a alrededor de una década al pasado, recuerdan que jugaban cachibol y competían con otras clínicas, actividad que ya no se hace, aunque el grupo ha permanecido. Algunas de

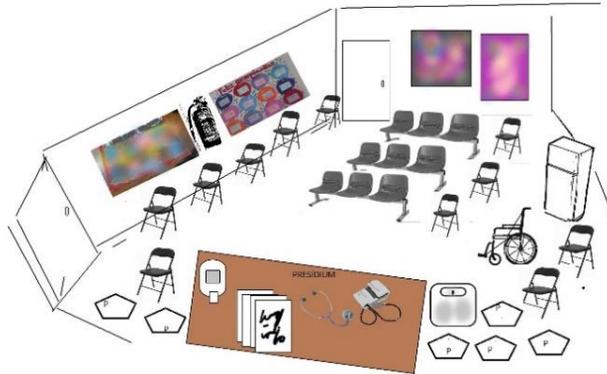
estas participantes tienen un compromiso fuerte con él y lo ven como algo de ellas y para ellas.

En cuanto a las relaciones entre los profesionales, o *personal de salud*, y las *pacientes* – término usado con frecuencia por el personal a cargo del GAM–, se observó que, en una de las sesiones, una de las mujeres con diabetes empezó a llamarle *el presidium* al conjunto formado por la enfermera a cargo más sus auxiliares de nutrición, psicología y enfermería. Después, otras participantes empezaron a referirse de esta forma a ellos y finalmente la enfermera encargada también lo hizo e incluyó a la investigadora como parte del *presidium*.

El término *presidium* se ancla en la imagen característica del GAM que tiene como elemento principal una mesa detrás de la cual se sienta la enfermera a cargo quien, con apoyo de los practicantes, pone sobre aquella los instrumentos y materiales para que se realice la toma de signos a las participantes, mismas que al llegar toman un turno y según el número que les haya tocado empiezan a pasar a la mesa para que se les mida glucosa, presión arterial, peso y, una vez al mes, ancho de cintura.

En la siguiente imagen se muestra un esbozo que ubica la mesa del *presidium*, frente a las sillas que ocupan las participantes. En las paredes del aula que corresponde al GAM se encuentra una cartulina con los meses del año para recordar el cumpleaños de cada participante. Otras cartulinas y lonas contienen información sobre enfermedades y medidas de prevención. Los pentágonos representan el espacio en el que suele permanecer el personal de salud a cargo de la toma de signos y las pláticas.

Esbozo de la disposición de los objetos en el aula que ocupa el GAM



Fuente: elaboración propia.

Presidium también da cuenta de la división que existe en el grupo entre profesionales y no profesionales de la salud y de la jerarquía entre los que saben y los que no saben o saben menos. Entre quienes están detrás, y quienes se ubican delante de la mesa. Entre aquellos a quienes se les puede hablar como un igual y a quienes no. En la relación de ambas partes hay acuerdos y confrontaciones que revelan parte de la dinámica entre la perspectiva con la cual trabaja el personal de salud y las que tienen las participantes.

La relación jerárquica entre los/las pacientes y personal médico ha sido abordada en la teoría social y los estudios sociales (Castro y Bronfman 1993; Castro 2011). Castro (2008), en un estudio realizado en Hermosillo, México, encontró una relación de dominación entre las pacientes y los médicos, los cuales desestiman las inquietudes y quejas de las pacientes en aras de que no decaiga la legitimación de su conocimiento y de la profesión médica, además de que esperan que las pacientes asuman una actitud de subordinación y, en la consulta, se encargan de imponer ese orden o de restaurarlo si es desafiado (Ibid. 231-239). Una forma de interpretar la relación de las pacientes con el *presidium* es observar que en el GAM observado, los representantes del MMH –enfermera y pasantes de nutrición, de psicología, y de enfermería– son ubicados en una posición de autoridad y de responsabilidad de las

actividades a desarrollar en el grupo, ante lo cual las pacientes se adaptan a conductas más bien pasivas, y quizá de subordinación, al no hacer preguntas sobre lo que queda poco claro o no se entiende cuando se les ofrecen pláticas.

Los roles del personal de salud y las pacientes podrían influir también en que cuando la encargada les pide a las *pacientes* que participen tomando signos “para que aprendan”, ellas no quieren hacerlo. Aquí es pertinente recordar que los lineamientos de los GAM, como se mencionó en el capítulo 1, incluyen la preparación de los pacientes para que en algún momento puedan hacerse cargo del grupo como parte de lo que se entiende por “pacientes activos”. Algunas han dicho que no desean tomar signos porque no podrían desayunar – llegan en ayunas–, otras señalan que no quieren estar paradas y otras sólo dicen que no les da ganas. Al respecto, no se han propuesto alternativas, como que alguien tome signos después de desayunar, o que haya turnos para que no esté una sola persona tomando signos toda la sesión. En general, la respuesta inmediata de las participantes es de no querer tomar signos y sólo cuando la encargada le insiste a una persona ésta, al cabo de un tiempo, accede a “ayudar” en esa actividad. Probablemente, esto también se relaciona con el hecho de que varias participantes ven en el GAM un espacio para desestresarse, descansar de las actividades domésticas y recibir un servicio, no para darlo.

Durante la observación, se identificaron intercambios que dan cuenta de la asimetría entre personal de salud y pacientes. Una de las actitudes frecuentes que se observó fue que las participantes responden al personal de salud el *deber ser*, lo aceptable, sin comprometer sus opiniones o inquietudes reales, ni compartir sobre sus prácticas de cuidado que van contra lo que se espera de ellas.

Por ejemplo, en una ocasión, el pasante de psicología, que estuvo a cargo de la activación física, preguntó antes de iniciar esa sección: “¿Hicieron ejercicio esta semana? Levanten su mano”. Se escuchó un “sí” generalizado y se levantaron las manos de las participantes. Cuando le pregunté en voz baja a Isa: “¿Hizo ejercicio?!” Isa movió la cabeza en forma de negación, entrecerró los ojos y añadió un chasquido como si fuera obvia la idea de que no lo hacía, pero no tenía caso mencionarlo, sino seguir la corriente. Al preguntarle “¿Qué hace en sus ratos libres?” de inmediato contestó: “¡Me siento!”. En el siguiente capítulo se abordará la relación entre el trabajo doméstico que lleva a cabo Isa y su necesidad de descanso.

En otra ocasión, cuando una de las prestadoras de servicio social de nutrición le decía a dos participantes que era recomendado consumir alimentos cinco veces al día, Mirna, una de ellas, exclamó: “¿Cinco veces?! ¡Menos voy a bajar de peso!”. Antes, había comentado que sólo comía dos veces al día para controlar el peso. La joven le aseguró: “No, si usted come cinco veces al día sí va a bajar de peso”. Mirna adquirió un semblante de duda, miró a la investigadora, ésta no dijo nada, Mirna no añadió otra cosa, la joven nutrióloga se dirigió a otra área del aula y ahí se acabó el intercambio sobre el tema. Este dato nos permite visibilizar un problema en la falta de capacitación del personal que lleva el GAM para aprovechar la oportunidad de ofrecer información accesible, clara y oportuna a las mujeres cuando llegan a expresar sus inquietudes.

En otra plática se le preguntó a la misma joven por qué consumir 2000 calorías y no más, a lo que ella contestó “Así viene en el libro”. En este caso, no sabemos si su respuesta se debe a conocimientos deficientes sobre lo que le preguntaron y la forma de explicarlo, o a un ejercicio asociado al personal de salud donde se espera que los pacientes reconozcan la autoridad médica y confíen en lo que dice y hace el personal médico sin cuestionamientos,

algo común en la relación entre médico-paciente según Friedson (citado por Castro 2008, 235).

Retomando la inquietud de Mirna, sucedió que no discutió las palabras de la nutrióloga, aunque tenía una duda importante. No preguntó, por ejemplo, por qué la recomendación era comer cinco veces, y la nutrióloga tampoco lo explicó. Como ésta, se observaron varias interacciones en las sesiones del grupo. Las participantes rara vez hacen preguntas o cuando el personal de salud pregunta algo las participantes dan respuestas aceptables, aunque no se trate de lo que realmente piensan, hacen o les sucede.

Al respecto, es importante observar que al expresar sus inquietudes o desacuerdos las participantes se han encontrado con la descalificación inmediata o señalamientos incómodos por parte del personal de salud, por ejemplo, en una ocasión que el pasante de psicología les dijo que iban a salir a hacer ejercicio y algunas dijeron que hacía calor afuera, el joven las vio y les dijo: “No, muevan sus carnes esas que les cuelgan” mientras movía los brazos. Ante eso, las participantes se vieron entre sí, con incomodidad, y no dijeron más. Algunas salieron a hacer los ejercicios de calentamiento y las que señalaron dolor en las piernas se quedaron en el aula sentadas. En otra ocasión, mientras Ana decía que había comido pan, el epidemiólogo del centro de salud pasó cerca y al oír lo que ella le contaba a sus compañeras, dijo en forma de reclamo: “¡Ay, y luego por qué les sube la azúcar, ¿no?!”

Investigaciones como la de Rojo (1985), y Cardoso (2002) han abordado la dificultad en la comunicación entre médicos y pacientes. Han encontrado que por falta de confianza en que serán comprendidas, o por vergüenza ante el juicio que puedan hacer los profesionales de la salud, las enfermas prefieren ocultar sus prácticas reales de alimentación, ya que han sido

acusadas por los médicos de comer demasiado, los cuales no consideran que, en condiciones de dependencia económica y subordinación, las mujeres comen lo que se puede y no necesariamente coincide con lo que desearían comer o lo que les recomienda el personal de salud.

Algo similar encontró Kolb (2015) en su estudio sobre pacientes totonacos, cuya relación con sus médicos está atravesada por el temor al regaño y el desacuerdo respecto a lo que dice el personal de salud sobre la enfermedad y las indicaciones vinculadas a la forma correcta de alimentarse, donde destaca que lo importante es que “ya no coman tanto” (Ibid., 134), mientras que los enfermos aducen que a ellos les enseñaron que comer bien es comer tortillas hasta que se llenen, además de que el cuerpo ya está acostumbrado a cierta cantidad de comida.

En esta investigación, Fátima narró la experiencia que tuvo con el médico que le diagnosticó diabetes, mismo que asumió que ella comía mucho a modo de reclamo por las causas de la enfermedad, a lo cual ella contestó con los saberes que ha elaborado sobre su condición de salud:

Fátima: ¡No! el internista y era un viejo... ¡Ay, Dios! Es que hay de médicos a médicos. [...] “{Gritando} ¡¿Que nunca le dijeron que era diabética?!” “¡Pues no! Así que diabética no soy”. Hasta me dijo el viejo desgraciado: “¡A que usted parte la sandía por la mitad y se come su cazuela de sandía!”. “¡Me la trago ENTERA²¹!, le dije. [...] “Pues casi por nada trae usted la azúcar como la trae”. “Mire, doctor –le dije– hace AÑOS, escúcheme bien, [...] me dijeron que era prediabética, pero era PRE”. Me mandaron a comer, que desayunara hasta que me hartara. Me dejaron dos horas y luego me hicieron la toma del diabetes y no salí más que con 105. Entonces me dijeron: “eres prediabética”. [...] Pues no, porque yo me checaba el azúcar, y me checaban el azúcar y yo salía con el azúcar bajo, entonces decía yo: “¿Por qué?” Sí, porque tengo amistades que tenían que andar con el aparatito para estarse checando el azúcar y todo, y yo iba y les decía: “Pues yo estoy declarada diabética”. “Ay, Fátima, a ver, ven”

²¹ Las palabras en mayúscula indican que se elevó el tono de voz sin llegar al grito

{hace gesto de que le presionan el dedo} “¿Qué diabética vas a estar tú!? No chingues”. Nada. Sí 110, 115, pues; 118, 120, pero hasta ahí. Me decían: “tú tienes azúcar normal”.

En el caso de Fátima se puede observar cómo ella elabora una conclusión a partir de diferentes episodios en torno a la enfermedad a los que buscó una explicación. Contaba con un diagnóstico de diabetes, con otro de prediabetes y, además, comparó su condición con la de sus amistades, quienes tenían niveles más altos de *azúcar* y señalaron que los resultados de Fátima se referían a niveles normales. Además, comprobó que el hecho de haber comido mucho y no haber salido “*más que con 105*” era un indicio de que no tenía diabetes lo cual implicaba que su condición no era tan grave, y que carecía de fundamento el reclamo del médico.

Si bien es cierto que a menudo el silencio evidencia las relaciones asimétricas entre personal de salud y pacientes, estos testimonios permiten ver una actitud contraria a la sumisión de las pacientes, puesto que ejercen conductas a través de las cuales se cuestiona la autoridad del personal médico y adquiere relevancia la experiencia propia con la enfermedad. En las pláticas también se observó resistencia al personal de salud, aunque no fue generalizada en el grupo.

Las *pláticas* son una de las actividades posibles después de la toma de signos y consisten en la exposición de un tema, el cual varía según la elección de quien se encargue de ella. De enero a julio de 2017, los practicantes se encargaron de dar las pláticas después de la toma de signos. Las egresadas de la carrera de nutrición expusieron, en dos ocasiones, recomendaciones sobre la alimentación. El practicante de enfermería dirigió, en una ocasión, una actividad de meditación y, otro día, expuso sobre tabaquismo. Los pasantes de psicología expusieron los temas de “Motivación” y “Adhesión al tratamiento”. Uno de ellos, además,

dirigió cuatro sesiones de ejercicios de calentamiento que tuvieron una duración de alrededor de 10 minutos cada una.

En general, se observó que las participantes muestran poco interés en las pláticas y que quieren que terminen lo más pronto posible. Algunas participantes han pedido a otras no hacer preguntas para no prolongar ese momento. A menudo, se puede ver a las participantes inquietas o con la mirada perdida o mientras se da la plática. Una de las razones del desinterés en las pláticas puede ser que la mayoría de ellas ya las ha escuchado durante varios años. De hecho, saben de memoria las recomendaciones habituales y las repiten en las numerosas oportunidades que surgen para decir lo que se recomienda o no hacer: hay que salir a caminar, comer frutas y verduras, evitar o reducir el consumo de la tortilla de harina, el pan, el dulce y la soda.

Por otra parte, la convivencia se presenta como algo fundamental. Destaca que, el último viernes de cada mes, las participantes tienen un convivio para felicitar a las compañeras que cumplieron años en las semanas anteriores. Los convivios están programados y las participantes cuentan con que esos viernes, después de la toma de signos, compartirán los platillos que llevan para la convivencia. Las pláticas, en cambio, no parecieron estar planeadas con mucha anticipación y las participantes no sabían cuándo iba a haber plática o no.

En una sesión donde las participantes habían planeado ponerse de acuerdo para un paseo en grupo e iban a tener un pequeño convivio, el prestador de servicio social de psicología anunció que daría una plática. Al principio, las participantes no le ponían atención porque entre ellas discutían si levantarse y empezar a planear el paseo o escuchar lo que el joven

tenía que decir. Una de ellas, con voz líder en el grupo, mostraba más interés en hacer los planes para el paseo mientras se consumían los alimentos que habían llevado para convivir y, al ver que se imponía la voz del pasante, dijo molesta: “Cuando tengamos convivio, dan la plática un viernes antes, porque nosotros somos los del grupo, no ustedes [...] necesitamos tiempo para nosotros, ¿cómo que otra plática?” (Ana).

Otras participantes intervinieron y dijeron que podían escuchar “al muchacho” y después ponerse de acuerdo. Ante eso, Ana se quedó callada y se sentó. El joven empezó la plática, pero Ana, molesta, hablaba en voz baja con otras participantes. El expositor le llamó la atención diciéndole: “¿Está bueno el mitote?” Ana, molesta, le contestó firmemente: “Sí, porque estoy comiendo”. El joven siguió con la exposición.

Cuando la plática terminó, Ana reiteró –dirigiéndose a sus compañeras– que no se valía que hubiera plática cuando tenían convivio porque la comida se enfría, y porque varias –incluida ella– “tienen responsabilidad”; se tienen que ir y ya no les da tiempo de estar en el convivio. Cuando Nati le pidió que se tranquilizara y que mejor siguieran con los planes para el paseo, Ana le contestó: “Tú porque no tienes responsabilidad, pero otras sí tienen”. Además, añadió que ya no quería participar en la planeación de la salida porque no la habían dejado hablar cuando ella tenía disposición.

En aquella ocasión, no sólo Ana quería evitar la plática y empezar el convivio, también otras participantes querían lo mismo, pero no fueron tan insistentes como ella. Como se mencionó, pocas veces las participantes expresan sus inquietudes. Sin embargo, la situación descrita permite observar que el desacuerdo osciló entre el silencio y la resistencia, ante lo cual, si bien el personal de salud no eliminó las pláticas, sí tuvo que negociar un poco. Por una parte,

ya no dieron plática en los días que había convivio y, en otra sesión, las pasantes de nutrición cuando anunciaron su plática y reconocieron los gestos faciales de rechazo a la misma, les dijeron a las participantes como si intentaran tranquilizarlas: “Va a ser cortita, va a ser cortita”. En efecto, su plática duró cuatro minutos. En ella, sólo alcanzaron a decir que querían “recordarles” del plato del buen comer; que “no hay que olvidar” comer alimentos variados y sobre todo frutas y verduras. La plática fue repetitiva del *deber ser* de la alimentación y de un modo muy general.

El hecho de que la información sea iterativa y se limite a indicar que se debe evitar comer mucho y que se debe incrementar el consumo de frutas y verduras, como continuamente se les repite a las participantes, puede ser parte de las razones por las que varias de ellas no se sienten atraídas por las pláticas, además de que éstas ocupan tiempo que podría ser usado para la convivencia o la planeación de salidas y festejos en un contexto donde varias participantes tienen escasas posibilidades de recreación y/o de estar fuera del espacio de la casa.

Si bien el personal de salud ha identificado cierto rechazo de las participantes a las pláticas, las ha conservado como parte de las sesiones a pesar de que no es un requisito para la certificación o conservación del registro del GAM, es decir, que podrían ser sustituidas por actividades por las cuales han expresado varias participantes, tales como ejercicios de calentamiento. Tal vez las pláticas permanecen porque los prestadores de servicio social no tienen tiempo de preparar otras actividades además de que siguen un modo tradicional de trabajo en espacios educativos —el GAM está concebido como un espacio educativo— donde se entiende que los conocimientos se transmiten a través de la exposición verbal de un tema.

Por otra parte, las mujeres tampoco han sugerido sustituir las pláticas por alguna actividad que les interese o les agrade, lo cual puede ser una expresión de que estas participantes asumen la jerarquía de la institución de salud y su personal, misma que implica una relación en la cual el silencio, como un mecanismo que afirma la distancia entre pacientes y personal de salud, es parte importante en los espacios de atención. Un ejemplo es lo observado en una de las interacciones entre la enfermera encargada del grupo y Ana, quienes tienen una relación hasta cierto punto cercana. Ana es una de las participantes con más tiempo en el grupo –aproximadamente trece años. Cuando la encargada no tenía quién la apoyara para realizar la toma de signos, le pedía a Ana que ayudara con la toma de presión y glucosa. Asimismo, Ana se encarga de recibir las cuotas que las participantes dan cada mes para que se lleven a cabo los convivios y salidas. En los paseos, Ana y la enfermera han viajado en el mismo vehículo porque así lo han querido y, finalmente, en varias sesiones, mientras los prestadores de servicio social realizaban la toma de signos, Ana y la enfermera conversaron sobre asuntos personales.

Cuando Ana comentaba con algunas compañeras que había estado asistiendo a un novenario y siempre cenó café con pan, pero su glucosa no sólo no subió, sino que disminuyó, propuso una hipótesis. Dijo que en la semana tuvo varios dolores de cabeza por lo que tomó aspirinas y que tal vez eso influía en la glucosa. Después de unos minutos, cuando ya la toma de signos había terminado, Ana le preguntó a la encargada si las aspirinas afectaban la glucosa y la enfermera no le contestó. Ana estaba sentada con el resto de las pacientes y la enfermera se encontraba en el área del presídium quitando los objetos del escritorio que ocupa. La enfermera vio a Ana erguirse un poco para preguntar desde su lugar y la escuchó, pero siguió con sus actividades. No se retomó la pregunta en momentos posteriores.

El GAM observado cumple con los propósitos para los que existe en el sentido de que promueve que, de manera individual, las personas incorporen actividades orientadas al control de su enfermedad. Sin embargo, en cuanto al diseño de un plan de trabajo conforme a las necesidades de los pacientes, ha faltado proponer actividades de interés para las participantes, y responder de mejor manera a las inquietudes que manifiestan.

También es importante señalar, sin embargo, otros elementos que concurren en el silencio de las pacientes. Un ejemplo es que cuando las participantes pasan a toma de signos y hacen alguna pregunta, las condiciones no son las mejores para resolver dudas, ya que las que faltan quieren pasar pronto porque tienen hambre y quieren desayunar. Por eso, a veces piden a sus compañeras que pasen rápido y/o les reprochan que se desplazaron con lentitud o que se tardaron en el área de toma de signos.

Las mediciones se hacen a prisa. En las sesiones del grupo hay un solo glucómetro, un baumanómetro y una báscula, misma que algunas veces tarda en llegar o tiene que salir rápido porque es requerida en otras áreas del centro de salud, de modo que se busca aprovecharla el tiempo que se puede disponer de ella, favoreciendo así la rapidez del proceso de toma de signos. Quizá, las participantes, al identificar la premura en la que está envuelta esta parte de la sesión, asumen que sus intervenciones pueden entorpecer la actividad.

En cuanto al recurso humano, a veces sólo está la encargada del GAM para pesar, medir glucosa, circunferencia de cintura y tomar la presión arterial de todas las participantes, lo cual contribuye a la ralentización de la toma de signos. En otras ocasiones, tiene de uno a tres practicantes que ayudan en alguna de las actividades mencionadas, pero, generalmente, la toma de signos dura entre 60 y 90 minutos.

Si bien la toma de signos empieza entre 8:00 y 8:10 am, algunas participantes llegan desde las 7:30 para pasar primero y no *batallar con las sillas*, dado que dentro del aula que se ocupa no hay el número suficiente de asientos para todas las participantes que asisten a las sesiones, así que las que llegan después de las 8:20 am ya no encuentran dónde sentarse y tienen que deambular por el resto del centro de salud buscando sillas o pidiéndolas en las oficinas. Al llegar la mayoría de participantes entre 8:00 y 8:20 am, incluso quienes llegan a tiempo (8:00 am) tienen que esperar entre 40 y 60 minutos para pasar a que se les tome signos y empiezan a ver cómo las que llegaron entre 7:30 y 8:00 ya empiezan a comer, mientras ellas todavía no pueden hacerlo.

Mientras las participantes esperan su turno, platican, ríen, escuchan y observan a las demás. Al ser un aula pequeña para el número de personas que ahí se reúne, generalmente se percibe un murmullo generalizado al entrar al aula. Los integrantes del presídium constantemente les piden guardar silencio y hacen sonar una campana para llamar su atención y pedirles, sin palabras, que bajen la voz. El ruido también dificulta la comunicación entre los miembros del presídium y las participantes.

En una sesión, cuando Isa le preguntó a una joven de nutrición por qué tenía niveles elevados de glucosa y presión, la pasante le respondió: “La glucosa es por la comida y la presión es por {inaudible}”. No se dijeron más e Isa volvió a su lugar. La investigadora, que no pudo escuchar el final del enunciado, le preguntó a Isa cuál le dijeron que era la causa de presión alta, a lo cual ella contestó que no había oído bien por el ruido. Al preguntarle por qué no había pedido que le repitieran la respuesta, Isa sólo levantó los hombros y se quedó callada. En otra ocasión, el aire acondicionado mantenía una temperatura muy baja en el aula. Varias

participantes se quejaban, entre sí, de que tenían mucho frío, pero ninguna pidió que el aparato fuera ajustado a una temperatura más cómoda.

Otra situación observada fue una breve exposición a cargo del pasante de psicología donde éste preguntó a las participantes si tenían dificultad para adherirse al tratamiento. Él les comentó que podía ser complicado, pero que estaba dispuesto a conversar con cada una para ver cómo podría apoyarlas –“si quieren, ahorita al terminar podemos hablar, si lo necesitan”. Una de las participantes se levantó y comentó que se sentía mal porque a pesar de sus esfuerzos su glucosa era elevada. Él contestó que podían platicar después de la sesión y ella asintió, sin embargo, al terminar la sesión, el joven salió apresuradamente del lugar con la báscula, que tenía que entregar a otra área del centro de salud y no volvió. La participante, al cabo de unos minutos, también se fue y no conversó con él ni ese ni otro día.

Al respecto, es pertinente mencionar que los practicantes no sólo participan en el GAM sino también en otras áreas del centro de salud de lunes a viernes. Los pasantes de nutrición y de psicología dan consulta y apoyan actividades no previstas. A menudo se les vio desplazarse de un consultorio a otro de manera apresurada y decir que los estaba esperando un paciente. La enfermera encargada del grupo también tiene un ritmo intenso de trabajo; más que el de los practicantes.

Dado que el grupo está registrado en el Sistema de Vigilancia y Estudio Grupos de Ayuda Mutua Enfermedades Crónicas (SIVEGAM) y se encuentra en un proceso de acreditación, el personal de salud en el GAM debe hacer un seguimiento puntual de la toma de signos y someter a evaluación los datos correspondientes, como se explicó en el capítulo 1. Las tareas que deben llevar a cabo cada viernes son:

- Registrar la asistencia.
- Hacer la toma de signos a todas las participantes.
- Registrar los resultados de la toma de signos en un formato que se entrega al responsable de la jurisdicción sanitaria.
- Dirigir una actividad después de la toma de signos, mínimo, una vez al mes. Esta actividad puede ser la exposición de un tema sobre salud y cuidados, un ejercicio de relajación, ejercicios de calentamiento, u otra cosa que a consideración del personal de salud sea pertinente para el grupo.

Se observó que en los momentos que no están ocupados con la toma de signos de las participantes, los prestadores de servicio social y la encargada, en varias ocasiones, estuvieron llenando formatos y pidiendo a las participantes que guardaran silencio. Esto y las condiciones descritas en párrafos anteriores dan cuenta de la dificultad que hay en ese espacio para la escucha y la atención de las enfermas. No es menos importante traer en este punto el comentario de Ana, que tiene más de una década en el grupo, respecto a que nunca el grupo había tenido tanta ayuda de jóvenes que prestaran su servicio en el GAM, y que antes todo lo tenía que hacer la coordinadora, si acaso con ayuda de una o dos practicantes de enfermería, lo cual podría indicar que más trabajo se concentraba en ella y que tenía menos oportunidad de dar una atención más cercana a cada participante. En ese sentido, el caso de Diana da una idea de los alcances de la capacidad limitada de diálogo entre personal de salud y pacientes.

Dina tiene diabetes desde hace 20 años y asiste a las sesiones del GAM desde hace aproximadamente seis, sin embargo, aún no identifica algunos elementos de la enfermedad

y el tratamiento. En una ocasión, me encontré por casualidad en la vía pública a Diana después de una sesión del GAM y le pregunté cómo había salido en la toma de signos; al contestar que no estaba segura y que le habían dicho que salió “altita”, tuvo lugar el siguiente intercambio:

- ¿Cuánto salió de glucosa?
- Sabe
- ¿Qué le dijeron?
- No me dijeron nada
- Usted me dijo que le dijeron que salió alta
- Pues me dijeron que traía alta la presión, esa que te sacan con el dedo, ¿qué no? {Mostró el dedo}
- {Titubea} No, esa es la glucosa, ¿sabe qué es la glucosa?
- No, fíjese [...] Pues a mí me dijeron que tenía diabetes, que me tengo que cuidar. No tengo que comer harina. Soda, pues no. Uno tiene que cuidarse para no subir de peso. Yo creo que voy subiendo.

Si bien Diana ha afirmado que busca llevar a cabo las indicaciones que le han dado para atender su diabetes –y que se refieren a evitar la soda, tortillas y “comidas guisadas con manteca”– no puede contar con el dato de la glucosa como un signo que le permita proponerse un ajuste en sus formas de atención, como es el caso de otras participantes, dado que no lo conoce y sólo cuenta con el indicador del peso. Señaló, además, que no sabe qué medicamento es para cada enfermedad, que cuando el médico se lo da etiqueta las pastillas: cuál es para diabetes y cuál para presión arterial, y así sabe cuál tomar. Añadió que en las consultas médicas mensuales que tiene en el centro de salud no se le ha hecho comentario alguno sobre sus niveles de glucosa, que frecuentemente exceden de 200 mg/dl y a veces son de más de 300 mg/dl, según lo que se observó en su cartilla de salud.

Es difícil dar una explicación de por qué hay desconocimiento de aspectos que podrían parecer elementales, sin embargo, se puede señalar que, por lo observado en el GAM, hay dificultades en la comunicación entre personal de salud y pacientes. En ello, la escolaridad

puede jugar un papel importante. Es posible que parte del vocabulario técnico relacionado con la enfermedad se dificulte para las participantes y les parezca poco útil, mientras hay otros elementos que son más fáciles de asimilar, como las indicaciones de dejar de consumir pan, tortilla de harina, soda, y tratar de no subir de peso.

Dado que los médicos o personal de salud suelen decir a las pacientes “cómo están”, es posible que quienes estén en una situación similar a la de Diana se atengan a las reacciones de estas figuras de autoridad para tener una idea de su estado de salud. Un ejemplo de ello es Tina, quien busca encarecidamente cumplir con las indicaciones que el personal de salud en el GAM y en el IMSS le dan “para que no se le suba el azúcar”, sin embargo, a pesar de que tiene alrededor de 15 años con la enfermedad, acude a todas sus consultas, se realiza todos los exámenes médicos, asiste a todas las sesiones del GAM, y tiene un estricto régimen alimenticio y de actividad física, no sabe cuáles son los niveles adecuados de glucosa o azúcar en sangre. Al preguntarle en varias ocasiones dijo que no sabía con cuánto había salido, pero que *le dijeron* que estaba bien. Asimismo, reporta a su hija los resultados y ella le dice si está bien o no. En la entrevista, al preguntarle cómo había salido en las últimas semanas o qué niveles de glucosa, insistía en traer las “tarjetas” donde se le anotan los resultados de sus exámenes. Finalmente, con esas tarjetas se pudo saber sobre sus niveles de glucosa actuales y en el pasado.

En el fragmento citado de la conversación con Diana también se puede ver cómo, con la información que tiene, elabora conclusiones. Ella relaciona la diabetes con el hecho de que su presión esté alta y con el aumento de peso, por lo tanto, considera que, si su presión ha subido, ha de ser porque ella ha subido de peso. Esas asociaciones e interpretaciones son parte de la autoatención, que surge de sus *saberes*. Probablemente, la información que Diana

manejo de la enfermedad influye en los niveles altos de glucosa que generalmente presenta, que son los más altos del grupo.

Como se mencionó en el marco conceptual, el MMH participa en la configuración de la autoatención a través de los *saberes* que los sujetos y grupos van construyendo a partir de sus experiencias, en las cuales se reproducen, interpretan, adaptan y modifican las formas de atención promovidas por el MMH (Menéndez 2009). En este sentido, algunas características de la autoatención de las mujeres con diabetes e hipertensión del GAM, partirán de la dificultad que tienen para dialogar con el personal de salud, de la forma en que se responde sus inquietudes, de la manera en que se les informa de su enfermedad, así como de las nociones que van acumulando a partir de lo que oyen, sienten, interpretan y practican.

A diferencia de Diana, otras participantes del GAM, con mayor información sobre la enfermedad y los niveles de *azúcar*, ven en la toma de signos semanal un recurso para controlar e incluso prevenir la enfermedad, como es el caso de Ana y Mara, quienes se han resistido al diagnóstico que se les ha dado de diabetes y han usado la información a su alcance para asumirse como *no diabéticas*, tener ciertos cuidados, afirmar que *pueden* consumir ciertos productos y *comprobar* que lo que hacen funciona porque sus niveles de glucosa no suelen exceder de ciertos niveles. Es decir, han elaborado saberes que les permiten sostener una forma de atención a su condición, lo cual es una característica fundamental de su autoatención.

Ana y Mara fueron enviadas por un médico del centro de salud como *diabéticas* y están registradas como tales en la lista de asistencia de la coordinadora del GAM. La opinión de la

encargada del grupo es que las participantes están en la negación de su enfermedad, mientras que ellas aducen algo diferente.

Mara señaló que el médico del centro de salud le dijo que era diabética, pero que ella consulta a otro médico en el IMSS y éste le dijo que no lo era. Le explicó que haber “salido alta” una vez, o de repente, (es decir, haber tenido niveles altos de glucosa esporádicamente) no significaba que ella era diabética. De todas maneras, cuenta Mara, ella tomó la Metformina que se le recetó en el centro de salud y la consecuencia fue que se le bajó tanto *el azúcar*, que tuvo que ser internada en el hospital, por lo cual infiere que ella no necesita el medicamento y eso significaría que no es *diabética de verdad*. Ese es uno de sus saberes.

Mara formuló, además, una suposición acerca de por qué un médico le dijo que era diabética: “Yo creo que porque soy gorda piensan que tengo diabetes, pero no”. Finalmente, afirmó que continúa en el grupo para prevenir, porque sí es *prediabética* al haber tenido esporádicamente 115, 120, 125 de glucosa. Ana no detalló mucho su situación, pero lo que sí aclaró es que mientras un médico le dijo que tenía diabetes, otro le decía que no y que, finalmente, su glucosa “no pasa de 120”. Ambas afirmaron que se saben “controlar” y que los resultados de la toma de signos lo confirman. A través de la coincidencia que encuentran entre lo que hacen y los reportes del glucómetro, afianzan el saber de que su forma de atención es correcta.

Algo similar opera en el caso de Laura, quien afirma haber identificado que hay un medicamento específico que le *controla* el azúcar, mientras que atribuye sus niveles altos de glucosa a que no le están dando el medicamento: “¡Ay, no!, es muy complicado el doctor del Seguro. ¡Nos ponemos unos agarrones porque no me ha dado lo que me dan! Y si no la tomo, se me sube el azúcar”. Fátima, quien se ha negado a tomar Glibenclamida y les ha pedido a

los médicos que no se la den, aduce que ella *capta* lo que su cuerpo necesita o rechaza. Para ella, una de las formas de atención fue dejar el medicamento:

Fátima: Yo misma me la quité y cuando volví con mi médico, yo le dije: “Esto me está haciendo daño. Esto y esto y esto me pasó”. O sea, yo soy de las personas que capto, pues, lo que le hace daño a mi cuerpo y todo el tiempo ha sido así. [...] Dejé de tomar la Glibenclamida y luego ya me compuse.

Autoatención y comida

El énfasis en la comida como causa de la diabetes o del incremento de los niveles de glucosa es frecuente en el GAM y se aborda desde una perspectiva individualista, lo cual es otro rasgo del MMH. Al interior del grupo, tanto el personal de salud como las participantes refuerzan la idea de que a cada persona con diabetes le corresponde evitar la ingesta de ciertos productos, independientemente de que en su hogar e incluso en las sesiones del GAM otras personas consuman productos no recomendados. Con relación a la comida se hacen las llamadas de atención más recurrentes en el grupo a través de un lenguaje relacionado con la culpa y el autocontrol.

Cuando alguien pasa a la mesa de mediciones, se sienta en la silla contigua y extiende uno de sus dedos para la extracción de una gota de su sangre. Es un momento de silencio. Casi siempre, la participante, después de ver el pinchazo en su dedo, dirige su mirada al glucómetro en espera de que la máquina arroje información y, luego, mira al profesional que dirige la operación frente a ella, pendiente de lo que vaya a expresar. Usualmente, también están al pendiente del resultado otros participantes y miembros del presidium. Cada viernes, toda participante se somete a la mirada del grupo. A menudo, cuando el glucómetro indica ciertos valores, la primera reacción de quien toma la muestra es una pregunta un tanto

acusadora: “¿Qué comió?!” Entonces, la participante empieza a decir lo que comió y la encargada aprueba o desaprueba: “Eso está bien/eso no”. Esta espera de la mirada y de la evaluación de la encargada vuelve a poner de relieve las relaciones asimétricas y de subordinación entre pacientes y personal de salud.

A veces, el mismo producto puede estar permitido a unas, pero no a otras. En un convivio, algunas participantes dijeron que se les antojaba soda y la coordinadora dijo que las que tuvieran “menos de 100” –se entiende, de glucosa– podían ir por la soda, pero quienes no, no. Posteriormente, Ana llegó con una botella de 600 ml de soda, la mostró al grupo y dijo: “A ver, ¿quién salió bien de la azúcar?” Esto recuerda a las prácticas de trampeo estratégico (Barragán 2010) que consisten en que las personas con la enfermedad se permiten consumir alimentos o porciones que no son los recomendados, sin embargo, si notan que su glucosa se incrementa considerablemente, se abstienen de consumirlos para que ésta pueda descender.

Al parecer, las participantes no sabían cómo responder ante esa invitación, ya que varias se vieron entre sí, pero no se atrevieron a pedir la botella. Ana misma tampoco la abrió. Primero, le pidió a una compañera que viera si la soda “tenía mucha azúcar” porque ella no sabía leer el etiquetado. La compañera tampoco supo cómo debía interpretarse el etiquetado y le devolvió la botella a Ana, quien añadió: “yo creo que tiene mucha” y puso la botella en el piso, señalando que no había salido “muy bien” de la azúcar y que mejor no tomaba la soda. Este hecho da cuenta de lo integradas que están estas bebidas al consumo de alimentos y, más aun, en el marco de los convivios. Finalmente, aunque nadie ingirió la soda –al menos en ese momento– la bebida estuvo presente y se abrió una posibilidad de consumirla incluso en ese contexto de vigilancia cuyo discurso se sustenta considerablemente en repetir que hay que *evitar la soda*.

Una sesión antes, la encargada del GAM les había dicho que ya no llevaran soda al grupo, señalándoles que, al traer esa bebida, generaban que el personal del centro de salud le dijera a ella que el grupo se burlaba de su coordinadora porque, en su presencia, consumían todo lo que no deberían tomar, así que les pidió *moderación*. Minutos antes, les había dicho que varias se habían presentado con glucosa más elevada que en semanas anteriores, que seguramente se estaban “confiando”, ya que ellas saben muy bien qué es lo que no deben hacer. A esto, las participantes asentían: “Sí, es cierto”. Probablemente, la negativa de las participantes a consumir la soda ante la invitación de Ana ocurrió porque, después de todo, estaban ante la mirada de la coordinadora.

Con respecto a lo prohibido o poco recomendable, surge la *moderación*, misma que parece tender un puente entre la restricción y el deseo. La moderación, como parte de la autoatención, se completa en casa, se completa después del grupo, se llena de contenido a partir de las experiencias, los recursos y las necesidades de las pacientes.

En el GAM, es frecuente oír que se puede comer de todo, pero *con moderación*, y que “se vale” comer un postre, por ejemplo, con la condición de que sea “de vez en cuando”. Las participantes dicen moderarse o *controlarse* al comer sólo “un poquito” de ciertas cosas. Sin embargo, las convenciones sobre qué cantidad sería “poquito” de algo y cómo medirlo son escasas o no aparecen. Hay un *saber* respecto a la forma adecuada de comer que sería la moderación, pero no está claro hasta dónde hay moderación. En algunos casos sólo es comer menos de lo que antes se comía, en otros es comer hasta llenarse para no comer con frecuencia, y cada quién parece decidir qué es poco para sí.

En un convivio, las participantes llevaron los siguientes alimentos: champurro, tamales de piña, tamales de carne, tamales de elote, ensalada de nopales, ensalada de atún, ensalada de pollo, galletas saladas, tostadas, quelites, café con crema y soda. Unas a otras se felicitaban por la comida que habían llevado y añadían que “todo” se puede consumir, sólo que “con medida”. Cabe destacar que todas probaron todos los alimentos y esa es una práctica frecuente en el grupo. Al parecer, nadie se debe quedar sin probar “un poco” de cada cosa, sino que todo debe alcanzar para todas. Eso puede influir en que se lleven ciertas cantidades de dichos alimentos y la medida sea “hasta que se acabe, siempre y cuando alcance para todas”. Por ejemplo, Mara en una ocasión dijo que se le antojaba *discada*²² para un convivio. Algunas participantes dijeron que no, que “era mucho”, pero Mara insistió y dijo que solo llevaría “un poquito”. El siguiente viernes, apareció con una bandeja circular llena del platillo. Empezó a repartir poniendo a cada participante tres tortillas de maíz sobre las cuales ponía la discada a modo de que apenas se podía cerrar el taco. Sin embargo, decía: “es poquito”. La mayoría de las participantes, después de comer los tres tacos, fueron por más y dejaron de comer hasta que se acabó la comida. Mara dijo que había sido “poquito” porque se acabó rápido, si bien comimos entre 25 y 30 personas.

Algunas expresiones relacionadas con el “control” de la comida implican, según lo que dijeron las participantes en las entrevistas, comer porciones de menor tamaño, evitar la carne porque es comida “pesada”, y comer ensaladas. Coral, por ejemplo, tiene claro lo que es “poco” con relación a la soda. Ella usa la expresión “medio vasito” para referirse a la cantidad de soda que suele permitirse ante el desagrado que le producen las alternativas que le han

²² La *discada* consiste en carne de res, carne de puerco, chorizo, salchichas y tocino que se fríen con manteca. Se les agrega cebolla, jitomate, cilantro, pimientos, óregano y chile al gusto.

recomendado como endulzar con *Stevia* y tomar agua simple. Además, recurre a la versión *light*:

Coral: Mira, yo tomo soda light. Compro una soda light de 600, pero [...] me la tomo, por decir, medio vasito con la comida y ya, por la comida para no comerla seco porque a mí no me gusta comer con agua. Entonces, si tomo bebidas que no llevan azúcar, que son endulzantes con *Stevia* y eso, como son muy dulces, se me revuelve el estómago [...] no puedo. Yo lo único que tomo es la soda, pero un poquito.

A menudo, las participantes reconocen que sí comen alimentos con una cantidad importante de grasa o harina, pero argumentan que no los consumen todos los días, que compran la versión *light*, o que no comen porciones grandes: “Ay, en la tarde, verás, me comí una hamburguesita de McDonald's, de esas chiquitas, así, chiquitas, chiquitas” (Salma).

Las variedades regionales en la alimentación también determinan la moderación. La tortilla de harina, por ejemplo, tiene una relevancia notoria en varias partes de Sonora. Destaca que, aunque en el GAM se ha reiterado que es poco recomendable consumirla, el desayuno que se llevaba con más frecuencia a las sesiones, junto con los sándwiches, consistía en *burritos* de machaca, de chorizo o de frijol, y en quesadillas de queso chihuahua y tortilla de harina *gordita*, como se le llama.

Fue llamativo que en el discurso constantemente apareciera la indicación de que hay que *evitar la tortilla de harina*, pero, al mismo tiempo, no faltaba en los desayunos. Incluso había desayunos de quesadillas que no tenían relleno, sino que consistían solamente en la tortilla de harina doblada. La autoatención no sólo no puede desligarse de las condiciones materiales y simbólicas, sino que es tal por deberse a ese sustrato que la determina, que le da sus características. En este caso, el señalamiento constante de *evitar la tortilla de harina*, se

convierte en una forma de atención en la que se busca reducir el consumo de la misma, pero no de eliminarlo.

Por otra parte, la moderación es entendida como un deber individual. Esta concepción se relaciona con otro rasgo del MMH y está incluida en el propósito del grupo de ayuda mutua como parte de una estrategia para el combate de la de la diabetes, explicada en el capítulo 1, al buscar que las personas adquieran: “habilidades *individuales* para mejorar su control”. Además, la enfermedad se entiende como desviación. Hay una normalidad en la que se está a menos que se tenga diabetes. Entonces, ya no se debe comer los alimentos “normales”. La enferma queda a un lado de la normalidad y ella, al ser la excepción, es la que tiene que modificar su conducta. En el GAM se ha dado la situación de que quienes no tienen diabetes (aunque tengan prediabetes, como Ana y Mara) llevan soda en los convivios, proponen incluir pastel *normal*, o tortillas de harina, aduciendo que *si no son diabéticas pueden* consumir eso:

Mara: falta el pastel

Carla²³: pero integral

Mara: ¡No!, del normal

Carla: No. No hay que abusar

Mara (minutos más tarde): ahí si quieren traer tortillas de harina, *no todas somos diabéticas*.

¡Ay, aunque sea para los frijolitos!

En los grupos doméstico-familiares ocurre algo similar. El apoyo se entiende como dar alimentos especiales a las enfermas: “Mi hija la mayor pues es muy amante de “ay, llegué y te traje una ensalada” [...] Y en fin de semana [...] que compran pizza, que compran comida

²³ Carla sí se asume *diabética*.

china y eso [...] **[dicen mis hijos]**: ‘tú no cocines, te compramos lo que a ti... una ensalada, algo’” (Sandra).

Sara comentó que es difícil para ella resistirse a comer pizza cuando en su hogar los demás cenan eso y se limitan a decirle: “Tú no debes de tomar eso”, “no debes de comer eso”. Ella de todas maneras come pizza: “Y luego digo yo, pues, “¿Cómo yo...? **[Es]**tán cenando pizza, pues yo también me voy a cenar un cuadro de pizza”. Algo similar encontró Cardoso (2002), quien concluyó que el tratamiento médico conduce a la “desintegración familiar” porque la persona enferma tiene que evitar lo que los demás hacen, pero eso implicaría, por ejemplo, dejar de asistir a las reuniones donde se va a consumir cierta comida, lo cual, a su vez, la aislaría o desintegraría del grupo. En el caso de Sara, no se trata de asistir a reuniones o celebraciones, sino de que, constantemente, en el espacio doméstico en el que permanece todo el día y todos los días, se enfrenta a la posibilidad de no participar de la misma forma que sus corresidentes en la cena, lo cual implicaría para ella tener que preparar algo exclusivo para sí, lo que podría ser una manera de aislamiento, además de que la pizza es un producto atractivo para ella, ya que señaló que le gusta mucho, así como el pan.

La intervención de otros miembros de la familia para impedir que la persona con la enfermedad consuma ciertos alimentos también puede entenderse como protección. Tina, por ejemplo, dijo sentirse muy apoyada por su esposo y su hija porque hay alimentos que *no la dejan* comer. Con todo, señaló también que no tiene que esperar a que alguien le diga qué no consumir, sino que: “YO debo saber que esa comida no la debo de comer”.

Tina: para mí hago cualquier cosa [...] **[para los demás]** ya hago *la* comida, Por ejemplo, cuando hago carne con chile, no la como. Me dice **[mi esposo]**: “esa comida no la comas, come arroz nomás” porque hago arroz blanco cuando hago carne con chile. “Come arroz blanco y raspa una zanahoria” me dijo “y así te la comes”. Y eso es lo que hago, sí es cierto,

eso es lo que hago. O me como un plato de sopa. [...] *No me dejaron* comer capirozada mis hijos, nada de tamales me dieron. [...] [**Mi hija**] me dice: “Amá, esto no lo coma, ni esto tampoco”. [...] Y ella es la que me dice: “[...] ¿Está yendo a caminar?” [...] Yo estoy al tanto porque esa hija que tengo, que estudió enfermería, *me trae bien cortita*. Ella es la que me lleva al Seguro cada mes. [...] Y los viernes que voy, a las once y media es segurito que me está hablando:

- Mamá, ¿fue al módulo?
- Sí
- ¿Cómo le salió el azúcar?
- Pues me salió tanto
- ¿Se pesó?
- Sí
- ¿Cuánto pesó?
- Pues tanto
- Bueno, y ¿qué dijeron ahí?
- No, pues nada... mm, vamos a lo mismo, nos pesan, nos miden, nos toman presión y todo.
- [...]
- Muy bien –me dijo– el domingo que vaya me enseña la tarjeta, ¿eh?
- ‘Tá bueno
- Sí, tengo que enseñársela.

Lo que Tina cuenta es similar a los hallazgos de Moreno (2006) respecto a que hay una tendencia a que cuando las mujeres son las enfermas de diabetes, difícilmente se cambia la dieta familiar, mientras que ellas se tienen que adaptar a cocinar algo diferente para sí o a seguir comiendo lo que consumen los demás. Un hallazgo similar reportaron Trujillo y Názar (2011) respecto a que “para las mujeres con diabetes la modificación de su alimentación les significa una mayor inversión de tiempo y dinero ante la resistencia del resto de los integrantes del grupo doméstico, a quienes el cambio les resulta desagradable”. En ese sentido, Trujillo et. al. (2008) señalaron que algunos aspectos que pueden mermar las posibilidades para el cuidado de las mujeres son sufrir violencia en sus hogares, tener pobreza de tiempo y ser dependientes económicos de sus esposos, especialmente en relaciones conflictivas.

Si bien Tina cuenta con apoyo familiar, es cierto que la dieta en su grupo doméstico no ha cambiado, sino que ella tiene que “hacerse cualquier cosa” aparte de hacer “la comida” para

los demás. En el caso de Isa, sucede algo similar. Sara, sin embargo, está en una condición más complicada porque, aunque ella va una o dos veces por semana a comprar alimentos y puede decidir sobre algunos, su hija compra pizza y soda para comer o cenar, o cocina spaghetti y tacos dorados, lo cual Sara dice que no debería comer y, aunque su hija le dice que ella no coma lo mismo que ellos, a veces se cansa de todas las actividades que tiene que hacer y ya no quiere cocinar, además de que se le antoja lo que ve que come su hija y sus nietos. En el siguiente capítulo se abordará con mayor amplitud el caso de Sara.

Coral recordó que cuando su madre tuvo la enfermedad se quedó sola en la atención de su salud. La familia no indagó sobre la enfermedad ni se comprometió a ayudarla a consumir lo que necesitaba. Añadió que sólo hasta que ella misma fue diagnosticada con la enfermedad se interesó por saber sobre la enfermedad y se involucró con el grupo. En la entrevista, reiteró que ella sabe que tiene que aprender a “cuidarse” y “controlarse” sola, como su madre lo pudo hacer.

Coral: de mi persona, yo. Yo me cuido. [...] Mi mamá era diabética. Vivía sola, ella sola²⁴ se cuidó. Yo me acuerdo que si le ofrecíamos una galleta:

- No, me hace daño
- Mamá, tómese un traguito de soda
- No, no debo de tomar soda
- Ay, mamá, pero un traguito no le va a hacer pasar nada
- No

¡Sola! [...] Yo no tenía conciencia de qué era esa enfermedad porque yo no sabía.

El *cuidado* del que habla Coral, además de que permanece muy vinculado a la comida, implica un *cargo de consciencia* si son excedidos ciertos límites en su consumo, lo cual refuerza el carácter individualizador de este rasgo de la autoatención. En ese sentido, el GAM

²⁴ El subrayado indica que la entrevistada hizo énfasis en esa palabra

tiene un papel importante porque en las pláticas se les reitera que *ellas* tienen que *controlarse*. Al respecto, Coral describió cómo el grupo le es útil en función de que le permite dar seguimiento a sus niveles de *azúcar* para ajustarse a los límites correspondientes, lo cual está sostenido en su *saber* de que la comida que consume incide en sus niveles de *azúcar*:

Coral: A mí me ha servido mucho porque hay veces que sí como cosas y todo, y yo digo: “no, estoy mal; me tengo que cuidar”. Que me invitan que pastel, que cosas empanizadas que yo sé que no debo de comer, o “vamos a cenar”, y me iba a cenar, y “¡Ay!”, yo, después, mi cargo de conciencia: “no, estoy mal, que no debo de comer eso”. [E] iba al grupo y ahí pláticas y todo y yo decía “no, me tengo que cuidar, tengo que... yo sola”. Por eso a mí me sirve mucho, porque es como un cuchillito de palo {hace gesto como si estuviera cortando algo con un cuchillo} que si ya se te subió la *azúcar*, se te subió tantito: “no, me tengo que cuidar, me tengo que controlar”, como me ha pasado. Me ha llegado a 160 y digo yo: “no, ya subí mucho, tengo que bajarle”. [...] Me mido con la comida. [...] Yo sé que me va a salir alta [la *azúcar*] porque yo sé qué es lo que como. Por ejemplo, el viernes, [...] yo pensé que me iba a salir más alta porque [...] me fui de vacaciones y por allá comí todo, pues; cosas que yo no debía comer. [...] Te voy a decir que me comí una torta de tamal. [...] Un huarache me comí en una comida. [...] La tortilla de harina la como yo cuando [...] alguna comida que se me antoja con tortilla de harina. [...] Que voy a comer machaca, tiene que ser tortilla de harina. [...] La carne con chile, eso nomás, pero no, casi no. Sí tengo tortillas de harina ahí, pero cuando se me lleega²⁵ a antojarse, o que aquí quieren una tortilla de harina, pero no. A veces se me antojan las quesadillas, pero muy a lo largo [...]. No, no es mucho, *no creas que me salgo mucho*. Lo que sí, cuando se les antoja un empanizado: milanesas de pollo o de carne les hago, pero yo no me las como, me hago aparte, y me hago un bistec ranchero [...] yo creo que por eso sí me controlo el *azúcar*. *No me salgo mucho de las comidas*.

Coral *sabe* que hay una relación entre la comida y sus niveles de *azúcar*; que lo que come repercute en su diabetes. A partir de ahí, una de las características de su autoatención consiste en evitar ciertos alimentos, aunque los cocine para los demás y evitar comer más de lo que considera adecuado. También Sara señaló su *saber* sobre la dieta y el *azúcar*: “Siento que cuando llevo bien el control de dieta, voy y me sale a 119. Pero yo sé que cuando me *descontrolo* una vez en toda la semana, yo ya voy con eso de que ‘¡Ay, no, me va a salir...!’ y sí, ya me sale 160, 170”. En esto, destaca el papel del GAM como lo que permite generar

²⁵ La repetición de las letras indica que quien habla alargó ese sonido. En este caso, expresa que pasa mucho tiempo para que se le antoje la tortilla de harina.

este *saber*, ya que varias de las participantes han señalado que no cuentan con el dinero para adquirir un glucómetro y sus correspondientes tiras porque son productos caros, mientras que en el GAM se cuenta al menos con un glucómetro y tiras, mismas que a veces se terminan y entre las participantes cooperan para comprar más.

Asimismo, la vigilancia semanal de la glucosa en el grupo funciona como un mecanismo que revela las prácticas de *control* de las participantes en su espacio privado: “Si se porta mal, ahí va a aparecer” le decía Tina a una participante de nuevo ingreso refiriéndose a que el glucómetro revelaba si habían comido mucho en una semana. Al asociarse el exceso de consumo de comida con la falta de control sobre sí mismas, las “*diabéticas*” se encuentran, al interior del grupo, en un discurso que promueve formas de atención basadas en la individualización del problema y donde, ante la elevación de los niveles de glucosa, las prestadoras del servicio social de nutrición concluían que las *pacientes no hacen caso* de lo que se les dice. Al respecto, Menéndez (2009) señala que entre las características del MMH están la a-socialidad, a-historicidad y a-culturalidad, es decir, que quienes trabajan bajo este modelo no consideran los procesos históricos ni las características sociales y culturales en las que se encuentran los enfermos, mismos que son llamados pacientes al mismo tiempo que son responsabilizados por su “estilo de vida” y, en consecuencia, por enfermar.

En ese sentido, se escucharon comentarios de las participantes respecto a que *no hacer caso* tiene que ver con una característica de la personalidad de alguien y con una falta de afecto hacia ellas mismas. Nati, en privado, le pidió una vez a la observadora que conversara con las participantes –como se mencionó en el apartado de Metodología, la investigadora fue concebida como alguien que iba a evaluar y/o intervenir al grupo– porque ella sabía que no se cuidaban, que comían mucha tortilla de harina, que *no hacían caso* de las indicaciones.

“No se quieren. Yo me quiero. Sé que hay cosas que no puedo comer por la gastritis porque me arde el estómago, y no lo como” fue la respuesta de Nati cuando se le preguntó cuál creía que era la razón de que las participantes a las que se refería no se cuidaran. La expresión *no se quiere* ha sido escuchada en otras ocasiones en las sesiones del GAM respecto a quienes “no se cuidan”. Esa interpretación propuso Sandra sobre su hermana, quien no ha aceptado el tratamiento que le han asignado desde que se le diagnosticó diabetes, lo cual Sandra interpreta como una particularidad de su carácter:

Sandra: Ella decía que no, no tenía nada [...] de esas *personas negativas* que no lo aceptan. Nadie lo aceptamos, ¿no?, pero ella no se tomaba el medicamento [...] Te digo que, *ella, muy negativa*. [...] *Porque no se quiere, yo creo*. Pues si algo que haces tú por ti es porque te quieres, ¿no?

El hecho de que gran parte del discurso sobre la atención de las participantes se base en promover la “moderación” en la comida como un deber individual de autocontrol se puede entender como parte de la experiencia del padecimiento y como uno de los elementos sobre los cuales se desarrolla la autoatención, a lado de las relaciones asimétricas entre pacientes y personal de salud, la exclusión del saber del paciente y la concepción de la enfermedad como desviación.

Tabla 10

Rasgos de la autoatención de las participantes en la alimentación

Indicaciones / recomendaciones del personal de salud del GAM	Características de la autoatención de las participantes	Explicación de las participantes sobre lo que hacen
Evitar / moderar el consumo de soda	Evitar la soda / tomar “poca” soda.	Porque tiene azúcar y hay que evitarla.
Evitar / moderar el consumo de tortilla de harina	Comer menos tortilla de harina. Se mantiene en el desayuno (burritos) y en algunas comidas.	Porque algunas comidas <i>van</i> con tortillas de harina y así <i>se antoja</i> .
Evitar / moderar el consumo de grasa	Comer menos alimentos con grasa (e. g. menos carne asada, hamburguesa más pequeña).	Porque provocan aumento de peso.
Comer frutas y verduras	Comer quelites, nopales, zanahoria, calabazas. En un caso, se buscaba evitar la papa, el chayote y el plátano.	Por recomendación de otras <i>diabéticas</i> . Se sabe del nopal que ayuda a bajar el azúcar. Porque eso está disponible.
Hacer desayuno, comida, cena y dos colaciones	Comer lo menos que se pueda	Se sabe que “comer mucho” hace que la <i>azúcar</i> “suba”
Evitar / moderar consumo de azúcar, pan, tamales, etc.	Tratar de no comer pastel o consumir cantidades menores, no endulzar con azúcar las bebidas, eliminar el postre después de la comida, comer menos pan.	Se evitan los postres porque tienen azúcar.
	Comer, aunque no haya hambre.	Para evitar temblores y un posible infarto.
No subir de peso	Tratar de no subir de peso. Si en una semana se consumió comida de más, buscar la forma de comer menos la semana siguiente.	Porque si se sube de peso, sube la <i>azúcar</i> .

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las reservas con ciertas verduras, Sara señaló que se le había presentado la papa y el plátano como alimentos no recomendables, y ella, al ver que el chayote se parece a la papa, cree que tampoco es tan recomendable. Este es otro ejemplo de operaciones relacionadas con la autoatención, que implica procesos de generación de saberes a partir de los recursos con los que se cuenta, en este caso el conocimiento que hay de los alimentos.

El “ejercicio”

La actividad física se promueve menos que el control de la comida en el GAM, pero sí se recuerda y se ha ejemplificado al “enseñar” cómo se debe hacer “el calentamiento” antes de hacer “ejercicio”, palabra con la cual el personal de salud se refirió a las caminatas que les recomiendan a las pacientes. Varias de las adultas mayores con diabetes, en las entrevistas, refirieron que no llevan a cabo las caminatas y, al parecer, no las asocian con un efecto evidente sobre el “control de la azúcar”, lo cual sí relacionan con la comida. Sin embargo, hubo varias referencias a que se llevan a cabo “ejercicios de calentamiento” cuando sienten dolor en las piernas o que la circulación “no está bien”. Es decir, tienen un *saber* sobre el “ejercicio” que *pueden* y les *sirve* hacer, y entonces lo hacen:

Coral: En la noche me entra una incomodidad, lo que es aquí, en esto de aquí {pasa su mano a lo largo de su pierna} que a veces no me puedo dormir; me tengo que sobar porque yo digo “es falta de circulación”. Me sobo todas las noches; me sobo. Y hay veces que no puedo. Acostada ahí estoy, así {manifiesta gestualmente inquietud} porque no puedo. Me levanto yo misma, me hago así estiramientos {hace movimientos como los que se hacen en el GAM de calentamiento}. Me empiezo a mover porque yo siento que mi cuerpo necesita... fijate, a veces, ¡A las 11 de la noche estoy haciendo eso! Me siento porque no puedo estar en la cama y me levanto y empiezo a moverme, empiezo a hacer así {abre y cierra las manos} porque yo me siento... necesito... y sí, digo yo, me hace falta eso.

Sólo una de ellas sale a caminar a los campos deportivos de su colonia casi todos los días de la semana. Algunas lo han hecho por temporadas en el pasado, pero no lo siguen haciendo, según dijeron, por las siguientes razones: Isa, porque el trabajo doméstico no se lo permite; Sara, porque tendría que levantarse a las cinco de la mañana para poder hacerlo y porque le da miedo andar sola en la calle; Sofía, porque no se siente lo suficientemente cómoda con la actividad ni le es atractiva; Karen, porque considera que con lo que se mueve en su trabajo es suficiente y por el clima; Salma, porque se siente débil y tiene miedo de tener un accidente, y Coral y Sandra porque tienen desgaste de rodilla y sienten dolor al caminar.

En cuanto al clima, es pertinente comentar que varias participantes mencionaron que es reducido el horario en que pueden salir de su casa debido al clima en la ciudad. Isa dijo que en “tiempo de frío” salía a caminar a las 16:00 horas y, en “tiempo de calor”, alrededor de las 6:00 horas por las altas temperaturas. Al respecto, se debe considerar que Hermosillo se encuentra en un ecosistema semidesértico, con escasa humedad y altas temperaturas. Las temperaturas máximas mensuales, en promedio, fueron iguales o superiores a 30° Celsius de febrero a noviembre de 2016. Los meses que presentaron las temperaturas más elevadas fueron junio, julio, agosto y septiembre²⁶, siendo junio el mes más caliente, cuya temperatura máxima promedio fue 41° Celsius. En ese mes se registró, además, el día más caliente del año con 48.5° Celsius (Servicio Meteorológico Nacional 2017).

Los meses de mayo a agosto tienen los días más largos y, por ello, algunas mujeres entrevistadas dijeron que si salen a caminar a algún parque cercano a su casa o a los campos deportivos tienen que hacerlo a las 6:00 am, dado que, aunque a veces el sol ya salió a esa hora, no es tan intenso como lo es de las 7:00 a las 16:00, 17:00 e incluso 18:00 horas en verano. Ellas suelen llamar “tiempo de frío” a los meses de noviembre a febrero. Los “meses de calor” son los demás, pero principalmente de mayo a octubre, cuando usan el aire acondicionado en sus viviendas quienes no tienen problema para cubrir las cuotas de electricidad, ya que Sara, por ejemplo, señaló que a veces no tienen suficiente dinero en su hogar y por eso pasa el verano, una parte del mismo, sin aire acondicionado y sólo con el “abanico”²⁷. Respecto al impacto del calor, Karen señalaba:

²⁶ La temperatura máxima promedio registrada por el Servicio Meteorológico Nacional durante 2016 fue de 38.9° en julio; 38.4° en agosto; y 36.5° en septiembre.

²⁷ Ventilador que también funciona con electricidad, pero representa un consumo menor de energía que un minisplit.

Karen: [...] Ahorita, porque llegué de allá asoleada. Cuando estoy asoleada, sí voy y me acuesto un rato. [...] En tiempo de calor yo no me atrevo **[a salir a caminar]**. Es mucho, si no me muero de diabetes, me voy a morir asoleada. Y eso ahorita no me atrevo [...] porque a mí me hace mucho el calor. Mucho me hace el calor, de hecho, el otro día fui a renovar mi tarjeta hasta el Solidaridad, hasta allá hasta la punta de Hermosillo, llegando a Caborca, le digo yo. No, pues ya llegué con mal de orín, llegué casi deshidratada, porque llegué con dolor de estómago y con diarrea y, no, lo bueno es que luego me dieron un suero. [...] Yo me imagino que con lo que yo me muevo ya es suficiente.

Fátima, que hace un ejercicio distinto al de la caminata, manifestó que los “ejercicios con pesitas” los hace porque inciden en su movilidad y comodidad cotidiana:

Fátima: ¡Me estoy engarruñando con no hacer ejercicio! [...] Porque hasta para levantarme me duele aquí, me duele acá, me duele la cintura me... todo me duele, y cuando estoy haciendo ejercicio constantemente, no. Como que parece que me agarran los nervios, los tendones y me los hacen bolas.

Cabe destacar que Fátima buscó un lugar en el IMSS donde pudiera hacer ejercicio. En el GAM no se le hizo alguna recomendación específica para que hiciera ejercicio con pesas. Se les dice a las participantes, en general: “Hagan ejercicio” o “Salgan a caminar”. Lo que se ha llegado a hacer en el GAM, para mostrar cómo se hace, son los ejercicios de calentamiento, que consisten en lo siguiente:

1. Hay que empezar de la cabeza hasta los pies o de los pies a la cabeza. El prestador de servicio social de psicología dijo que todos los movimientos se pueden hacer con mayor lentitud en caso de sentir mareos.
2. Si se empieza de la cabeza, hay que moverla “como diciendo *sí*” diez veces.
3. Después, hay que mover la cabeza de un lado a otro, “como diciendo *no*” diez veces.
4. Mover los hombros hacia adelante y hacia atrás diez veces
5. Llevar las manos a los hombros diez veces
6. Hacer círculos con las muñecas diez veces

7. Mover el torso de un lado a otro diez veces
8. Hacer círculos con la cadera diez veces “hacia adentro” y diez veces “hacia afuera”
9. Llevar los talones a los glúteos diez veces
10. Dar “patadas” hacia adelante diez veces
11. Mover los pies en círculos diez veces “hacia adentro” y diez veces “hacia afuera”

Al respecto, las participantes señalaron que los hacen en su casa “como pueden” o “como se acuerdan”, sobre todo “para la circulación”. Por otra parte, así como con la comida, “el ejercicio” o “las dinámicas” también son entendidas como un asunto de *ánimo* personal, aunque se reconozcan otros elementos que limitan el movimiento de las participantes, como en el caso de Sandra, quien debe estar todo el día al pendiente de su nieto, en espera de sus hijos y tiene desgaste de rodilla, pero ella subraya que no se ha *animado*.

Sandra: No salgo a caminar, ni hago ejercicio y mucho me lo dice el doctor. Y no, porque como sufro de desgaste, me duelen mucho las rodillas, pues me dice el doctor: “Verás, luego que te impongas²⁸ a caminar se te va a quitar” me dijo. [...] Fíjate que no, no, no me... no sé, se me va el día y digo: “Ahora sí, voy a ir a caminar” y no, no, no, no camino. No hago ejercicio. [...] Donde vivo yo son dos calles [...] es chiquita la colonia ahí, y está encementada, todo, lo único problema que hay muchos perros callejeros y me dicen mis hijas: “Pues sí, vas a ir a caminar y si te muerde un perro o algo, te vas a asustar” y así fue como... Y para acá también hay mucho dónde caminar, pero como te digo, *no me he animado a caminar*. [...] Y ya me he venido a pie, pero me dicen mis hijos “¡No, mamá!, no te vengas a pie, háblanos”. [...] *Animarme a caminar*, despacito, pero como te digo pues *no me animo* y digo: “Ay, no, me voy a cansar, o cómo me voy a ir a caminar sola en la tarde, en la mañana”, ¿no? *No sé, no me he animado*. Pero sí, sí me haría bien. Claro que reconozco que me haría bien. [...] *Nomás animarme a hacerlo, nomás*.

Con una invocación al *ánimo*, por cierto, terminan todas las sesiones del GAM. Las participantes se levantan de sus asientos, se acomodan formando un círculo, se toman de las manos y, así, elevan sus brazos tres veces, al final de lo cual se dan *ánimo*: “Uno, dos, tres:

²⁸ En Hermosillo, *imponerse* es similar a *acostumbrarse*.

¡ÁNIMO!” Aplauden y se retiran. La importancia del ánimo está incorporada a los saberes sobre lo que se necesita para enfrentar la enfermedad cada día.

Tabla 11

Rasgos de la autoatención de las participantes respecto a la recomendación de caminar

Indicaciones / recomendaciones del personal de salud del GAM	Características de la autoatención de las participantes	Explicación de las participantes sobre lo que (no) hacen
Caminar y hacer calentamiento antes de las caminatas.	<p>Caminar.</p> <p>Mantenerse “activa” en la casa.</p> <p>Hacer “las dinámicas”</p>	<p>Por dolor en las piernas.</p> <p>Por desgaste de rodilla.</p> <p>Por los perros e inseguridad en la vía pública.</p> <p>Porque alguien requiere de su atención en casa y por eso deben permanecer en ella.</p> <p>Por debilidad general.</p> <p>Por miedo a ser atropellada.</p> <p>Porque los hijos también temen de los peligros en la calle y le piden a su madre que no salga.</p> <p>Por el clima.</p> <p>Porque tendría que levantarse muy temprano y tiene insomnio o está muy cansada.</p> <p>Porque cansa y el cansancio es desagradable, a diferencia de hacer las cosas con calma y tranquilidad, que es lo deseable.</p> <p>Por el cansancio que dan las actividades domésticas.</p> <p>Porque ya con el movimiento cotidiano puede ser suficiente.</p> <p>Porque a veces no hay ánimo ni para abrir la puerta por la depresión (Sofía).</p> <p>Sí a los ejercicios de calentamiento, dado que es menos pesado que ir a caminar y porque tiene efectos evidentes en la circulación, ya que ayuda a disminuir el dolor de piernas.</p>

Fuente: elaboración propia.

Otros rasgos de la autoatención

En cuanto a otros rasgos de la autoatención de las adultas mayores con diabetes, a diferencia de los hallazgos de Arganis (1998; 2004), en esta investigación no se observó que las participantes se recomendaran entre sí recurrir a curanderos o a la herbolaria. Salma dijo que una de sus vecinas –que no conoce el grupo– le recomendó la cerveza hervida, el agua de aguacate y la hoja de mora para bajar la glucosa, pero dijo también que no ha conseguido la planta, no se le ha antojado y que se *enfada* de andar tomando cosas aparte de los medicamentos.

Salma: Me estaba diciendo la viejita de aquí que compre una cerveza, una caguama y que la ponga a hervir, para la diabetes [...] Ya que esté fría. Una copita en la mañana, otra a mediodía, y otra en la tarde, pero creo que me dijo que le ponía a miel, tantita miel. Sí, dice que va a bajar la glucosa. “Ay” dije yo, “lo voy a hacer”. Es más, mira, allá arriba en la ventana tengo unos pocos de tacos de aguacate que me dijo ella: “Lávalos bien, ponlos a remojar en el agua y luego los metes al refrigerador, y esa agua te la vas tomando todos los días”. [...] Y ayer me dijo –el sábado tuve gente y fui a comprar una soda– y me dijo: “¿Ya estás tomando el aguacate?” “No”, le dije. “Ahí los tengo en la ventana”, le digo. Y ya me dijo que lo de la cerveza. [...] Le da a un hijo, dice que le prepara la caguama, se la da y se la lleva el hijo, y que todo mañana, mediodía y tarde. Y me estaban diciendo ahí en la iglesia, me dijo una señora, que la hoja de la mora la pusiera a cocer, y que me la tomara como agua de uso. Pues, vale, *son cosas naturales*. Y le dije a mi hija “Tráeme; ya sé que allá hay en el centro de salud.” {ríe} Y no me lo ha traído. [...] Pero si me la trae, sí me la tomo. [...] Tengo una morita ahí, y no la he cocido la morita, ahí la tengo. No se me antoja, tampoco. Sí la estuve tomando; mi esposo me compro un molino de esos para moler el nixtamal y ahí me la molía a él y la echaba en capsulitas y así me las tomaba. Por ahora, ahí tengo todo. No lo he vuelto a hacer. Se enfada uno también andar tomando cosas aparte de los medicamentos.

Sólo Salma dijo conocer estos recursos para la diabetes aparte de los medicamentos y de las indicaciones que se dan en el GAM. Cuando se les preguntó a las demás si conocían “remedios caseros” para la enfermedad, dijeron que no. Sin embargo, por lo que mencionó Salma, se puede inferir que, en la ciudad, sí hay otras formas de atención que se difunden por recomendación y que, en este caso, no estuvieron presentes en las recomendaciones del

personal de salud del GAM observado. Además, opciones como el agua de aguacate y de hoja de mora pueden ser atractivas por su cualidad de “natural”, lo cual no se reconoce de los medicamentos, mismos a los que se les llega a tener desconfianza a partir de la percepción de estos, la experiencia vivida con ellos y lo que se sabe de ellos a partir de los comentarios de los médicos sobre la posibilidad de que dañen otras partes u órganos del cuerpo, como señalaron Sara y Salma:

Sara: La **[pastilla]** del diabetis, la de tiroides y la del colesterol [...] Y hay veces que no la tomo. Ay, hay veces que se me hacen tantas pastillas [...] que me hace mal. {Ríe} Por el riñón, pues, y luego, pues de por sí el azúcar que ya trae uno y luego tanta pastilla.

Salma: Resulta que empecé con un dolor muy fuerte. El dolor todo hasta acá hasta atrás me daba, al grado que no me podía mover. [...] Me dijo la doctora que traía una infección intestinal muy fuerte. [...] Me quitaron la Metformina y me dieron ésta **[Pioglitazona]** [...] y sí sentí yo que no me hace falta la Metformina y como que me ha estado controlando más lo de la glucosa. [...] Y me dijo el doctor que era la metformina la que me estaba provocando eso. [...] Me tomaba tres metforminas en el día: mañana, mediodía y noche.

En el caso de Sara se ve que entran en contacto dos tipos de información: 1) que las pastillas sirven para controlar la enfermedad y 2) que pueden hacer daño al riñón, al cual ya la diabetes por sí sola amenaza: “La diabetes es una enfermedad que está acabando con los órganos. Aparentemente se ve uno bien, pero no” (Sara). Así, la participante, se encuentra ante dos posibles daños: el de la diabetes y el de las pastillas. Eso influye en su autoatención, donde no parece muy grave que a veces “se le olviden” las pastillas, pero sí las retome cuando se siente mal: “hay veces que a mí no me dan ganas ni de levantarme, pero ni modo, tengo que levantarme y ya me levanto, me tomé las pastillas, y ya empiezo a agarrar el ritmo” (Sara).

Tabla 12

Otros rasgos de la autoatención de las participantes

Indicaciones / recomendaciones del personal de salud del GAM	Características de la autoatención de las participantes	Explicación de las participantes sobre lo que hacen
Consumir el medicamento y la insulina en el horario establecido.	No dejar pasar mucho tiempo entre el consumo de alimentos y el de medicamentos.	Porque hay temblores si se toma el medicamento solo.
	No abandonar el medicamento ni la insulina.	Porque ya se comprobó que, si se deja el medicamento, después vienen las complicaciones o episodios de <i>bajones de azúcar</i> , lo cual es muy feo.
	<i>Controlarse</i> con la comida.	Para no tener que inyectarse insulina. El uso de insulina indica, para algunas, que no tienen control en lo que comen.
	Tomar el medicamento con reserva.	Porque cada quien sabe lo que funciona. Porque los medicamentos también pueden dañar el riñón.
	Tomar el medicamento que han comprobado que es útil, aunque no lo receten los médicos.	Porque cada quien sabe lo que funciona.
Mantener el ánimo	Tratar de mantener el ánimo.	Porque hay que esforzarse para seguir el tratamiento, sobre todo respecto a evitar ciertos alimentos, cantidades de ellos, y seguir tomando el medicamento, lo cual <i>enfada</i> .
Revisión constante de niveles de glucosa / azúcar	Revisión constante de “la azúcar”	Para saber si, en un momento dado, “está bien” o “está mal” y hacer los ajustes correspondientes en la comida.
	Alejarse de relaciones que generan problemas, corajes, preocupaciones.	Porque las mortificaciones hacen que el <i>azúcar</i> suba.
	Aceptar la enfermedad y que hay que <i>cuidarse</i> .	Porque si no se acepta la enfermedad no hay cuidado y vienen las complicaciones
	Permanecer en el grupo	Para desenfadarse, disminuir el estrés, estar “a gusto”, y/o divertirse.
	Encomendarse a Dios.	Para sentirse más tranquilas, menos preocupadas.
	Descansar y hacer las actividades con calma.	Para no estresarse ni cansarse.

Fuente: elaboración propia.

A modo de cierre de este apartado, se puede decir que la experiencia del padecimiento y la autoatención de las adultas mayores con diabetes en el GAM observado están atravesadas por su relación con el personal de salud y sus compañeras del grupo; además de su contexto socioeconómico y geográfico, su condición de edad y el género.

Respecto al rol de género, el GAM destaca como un espacio para ser alguien que cuida. Nati, por ejemplo, es una de las participantes que han permanecido más tiempo en el grupo y es conocida por *adoptar* participantes del GAM –“voy porque Nati fue la que me invitó. Por eso estoy yendo” (Tina) –, lo cual consiste en llevar memoria de si sus compañeras asistiendo con regularidad a las sesiones, visitarlas si han faltado, llamarles la atención por comer mucho, por faltar a las sesiones del grupo, por “no cuidarse”, y acompañarlas a pesarse. Varias de las participantes, como Isa, Tina y Sandra, han entrado al grupo por invitación y compromiso de Nati.

Tal vez, la presencia de las mujeres en el grupo de ayuda mutua está vinculada a la cualidad del cuidado como una característica de la feminidad y a la maternidad. Si bien hay dos hombres que asisten con regularidad a las sesiones, es importante decir que rara vez están involucrados en alguna conversación; generalmente se quedan en silencio durante toda la sesión y ni siquiera interactúan entre ellos. Entre las mujeres, en cambio, no faltan las conversaciones, respecto a lo cual las participantes identificaron la convivencia como algo que les beneficia al vivir con diabetes, por lo que se puede incluir como una de sus formas de atención.

En el grupo, algunas de las participantes que no cuidan a otras personas en su casa, cuidan a otras compañeras o son las que más se encargan de llevar alimentos a los convivios. Unas a

otras se elogian el desempeño en la cocina, se piden las recetas, hablan sobre el estado de salud propio y de miembros de su familia en ese espacio. Se presentan y son reconocidas como personas que cuidan. Esto volverá a ser examinado en el siguiente capítulo, dedicado a la relación entre la autoatención y el trabajo doméstico de las participantes.

Como se mencionó en el marco conceptual, el trabajo de cuidado atribuido a las mujeres está unido a la identificación de la feminidad con el servicio a otros a través de la conyugalidad y la maternidad (Lagarde 2005). Menéndez (2009), por su parte, señala que a las mujeres, en su calidad de esposas y madres, les corresponde llevar a cabo la mayor parte de las actividades relacionadas con la atención a la salud en los grupos doméstico-familiares. En ese contexto, en el GAM se reproducen relaciones que en el discurso de las participantes son equiparadas a actos maternales de cuidado.

Conclusión

Los hallazgos expuestos en este capítulo dan cuenta de que la experiencia del padecimiento da forma a la autoatención de las adultas mayores con diabetes que participaron en esta investigación. En ello, su integración al grupo de ayuda mutua es sólo una parte de su vivencia de la enfermedad, que debe convivir con sus posibilidades reales de cuidado al interior de sus grupos doméstico-familiares, en torno a su condición económica y en contacto con otros padecimientos y otras experiencias integradas en su historia de vida.

Sin embargo, el GAM es un espacio importante donde hay varios recursos vinculados a la autoatención. Entre los recursos materiales que provee están el acceso al glucómetro y las tiras correspondientes, así como al baumanómetro y la báscula; instrumentos que hacen posible la toma de signos, lo cual va de la mano con la posibilidad de dar un seguimiento a

sus niveles de glucosa, de lo cual dependen, en varios casos, los ajustes semanales que hacen a su alimentación. Asimismo, provee un espacio en el cual las participantes puedan descansar, hacer algo diferente e incluso divertirse. En cuanto a los recursos humanos en el GAM, se encuentra la coordinadora y los prestadores de servicio social, quienes toman los signos y comparten con las pacientes información sobre su estado de salud e indicaciones para su autocuidado, lo cual ocurre en un marco de relaciones asimétricas y donde el cuidado es promovido como una responsabilidad personal de cada enferma. Asimismo, están las otras mujeres con hipertensión, diabetes o prediabetes, con quienes pueden convivir, compartir el padecimiento, organizar paseos y convivios, quitarse el estrés y expandir su red de apoyo, sobre todo cuando carecen de apoyo de su familia.

También se detalló que entre las actividades más importantes de autocuidado se encuentra el control de la comida, que tiene que ver con evitar ciertos productos y consumir la menor cantidad posible de ésta para no subir de peso, aunque algunas participantes llegan a pasar hambre al tratar de comer menos. Esto puede deberse a que, en el GAM, se le da más importancia a los datos duros respecto a los niveles de glucosa, el peso corporal, la circunferencia de cintura y la presión arterial, que atención a la calidad de la alimentación que tienen las pacientes y a otras circunstancias que podrían influir en sus posibilidades de autocuidado y bienestar.

Finalmente, destaca que las formas de autoatención que buscan estas mujeres es resultado del contacto de todos los elementos que han participado en su experiencia del padecimiento. En el siguiente apartado se focaliza cómo el trabajo doméstico del que se hacen o han hecho cargo también interactúa con el cuidado que persiguen.

4 Trabajo doméstico y autoatención

La casa es el espacio donde las adultas mayores permanecen más tiempo y está vinculado al rol de género de las mujeres como *madresposas* al servicio del hogar (Lagarde 2005). En esta investigación nos preguntamos sobre la relación que hay entre el trabajo doméstico y la autoatención de las participantes con diabetes del grupo de ayuda mutua observado.

En el capítulo anterior se abordó cómo la experiencia del padecimiento está ligada a la autoatención de las mujeres entrevistadas y, en este capítulo, se aborda la relación entre trabajo doméstico y autoatención a partir de la hipótesis que surge que el trabajo doméstico puede influir en el autocuidado porque promueve, permite, dificulta o impide ciertas actividades para el cuidado y que, a su vez, los cuidados que las participantes buscan para sí pueden influir en el trabajo doméstico que están dispuestas a realizar y la forma de llevarlo a cabo. Se organizó el capítulo a partir de la exposición de los casos de las participantes en función de quienes hacen labores de cuidado a niños, adultos mayores y personas con discapacidad, y quienes no.

4.1 Trabajo doméstico y autoatención de quienes cuidan

En este apartado, se abordará la relación entre el trabajo doméstico y la autoatención de las mujeres que cuidan a alguien en su hogar o lo hacen en apoyo a otros hogares. Se empezará con los casos de **Isa, Sandra y Sara**, que tienen en común que son las cuidadoras principales de un miembro de su hogar. Isa cuida a su esposo, un adulto mayor que se encuentra en fase terminal de cáncer. Sandra cuida a un nieto de 26 años con discapacidad y Sara se encarga del cuidado de un nieto de 15 años y de una nieta de tres, misma que frecuentemente tiene diarrea y fiebre, lo que ha sido interpretado por los médicos que han visitado como alergia a

varios alimentos. Finalmente, se abordará el caso de **Salma** que, aunque vive sola, cuida a nietos, y el caso de **Sofía**, que también vive sola, pero cuida a su madre de 80 años.

Isa

Isa señaló que se levanta todos los días entre las 4:00 y 5:00 horas y lo primero que hace es poner el café, ingerir sus medicamentos, y tomar café con leche. Señala que antes de estar muy delicado de salud, su esposo trabajaba y salía de la casa diez minutos antes de las cinco de la mañana, por lo que ella le preparaba comida para llevar antes de que se fuera. Ahora, la preparación de ese refrigerio ha sido sustituida por iniciar el día “al pendiente” de su esposo en una condición de incertidumbre permanente, dado que, por el avance de su enfermedad, no se sabe si necesitarán acudir de urgencia al hospital, o si ese día tendrá que dedicar más tiempo a acompañar a su esposo y atender sus necesidades.

En las primeras horas de la mañana, de las 5:00 a las 8:00 horas, Isa realiza actividades de atención a otros. Ayuda a su esposo a levantarse, recoge y acomoda basura, lava ropa –todos los días porque el espacio para tender es pequeño–, prepara y sirve el desayuno y también recibe a uno de sus bisnietos, que tiene cuatro años y antes de irse a la escuela pasa por su “lonche” con Isa. Ella mencionó que le prepara el desayuno que lleva a la escuela porque al niño le gusta cómo cocina Isa y prefiere que ella le haga su comida. Después del desayuno, Isa, limpia la cocina, lava los trastes, barre y/o trapear toda la casa, lava el patio, limpia ventanas, puertas y muebles.

Posteriormente, se baña y empieza a hacer los preparativos para cocinar los alimentos que sirve a las 13:00 horas aproximadamente. Isa cocina todos los días porque dice que no le gusta guardar la comida. Además, menciona que se tarda alrededor de dos horas en

prepararla. Esta participante señala que pone énfasis en hacer guisados con verduras tanto por su enfermedad como por la de su esposo, y que descansa de cocinar los domingos –y a veces también los sábados– porque sus hijos compran comida que le llevan y consumen en familia. Cabe destacar que el resto de la “ayuda” que Isa recibe de sus hijos es en dinero y no en reparto del trabajo doméstico, por lo que el cuidado de su esposo le corresponde totalmente a ella.

Isa dejó de preparar postre cuando fue diagnosticada con diabetes. Lo que sí prepara, pero no consume, es el concentrado *Zuko*.²⁹ Otras participantes han señalado que preparan esta bebida y la toman en lugar del agua de frutas o la soda. Isa mencionó que ella no bebe *Zuko*, pero se lo hace a su marido, a quien le gusta con azúcar.

En las tardes, después de comer, Isa ocupa su tiempo en limpiar la cocina, lavar los trastes, acomodar ropa, planchar –una vez por semana–, tomar una siesta si es posible, hacer la cuenta de los gastos con el esposo –una vez por semana–, dar mantenimiento a las plantas –dos veces por semana–, tejer, salir a comprar alimentos –una vez por semana–, preparar té de choya como un remedio casero para su esposo y ayudarlo en lo que necesite dado que él ya no tiene fuerza para pararse o el dolor es muy fuerte que le impide desplazarse.

Isa también dedica tiempo también a buscar documentos y estudios médicos de su pareja; ella señala que esta tarea es frecuente porque a menudo le piden en clínicas y hospitales,

²⁹ *Zuko* es un producto en polvo que se vierte sobre agua para beber. La empresa señala que el producto tiene “sabor a fruta” y que ofrece versiones *light* y *nutrition*, además de la regular y otras versiones. (Tresmontes Lucchetti S. A. 2015, <http://www.zuko.cl/nuestros-productos/>). En la página web correspondiente, aparece en la parte superior derecha el logo del Colegio de Nutricionistas de Chile para indicar que el producto está avalado por esa institución, pero el link que se muestra para consultar información relacionada con el producto y el Colegio no desplegó información. No se sabe qué versión de *Zuko* se consume en la casa de Isa, pero al parecer es común su uso en las participantes del GAM observado.

papeles diferentes. Su esposo cuenta con afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), sin embargo, debido a que a veces la atención que se le da es lenta y deficiente, Isa lleva a su esposo con médicos “particulares”, sobre todo en caso de urgencias, ya que “de repente” su esposo “se siente mal” y ella no sabe si lo atenderán en el IMSS. Frecuentemente, estuvo llevando a su esposo a una clínica conocida como “Salud Digna” que, aunque queda a sólo tres kilómetros y medio de su vivienda, se ubica en una zona con mucho tráfico de automóviles y transeúntes, por lo que le consume mucho tiempo y le genera “estrés”.

Después de la cena, alrededor de las 20:00 horas, Isa se acuesta y ve las noticias antes de dormir. Estas son las actividades del día mientras no haya que acudir al hospital, ya que hay días en que su esposo puede sentirse tan mal que tienen que ir al servicio médico y el tiempo que está fuera de casa puede ser toda la mañana, toda la tarde, o toda la noche. En una de las conversaciones con Isa, mencionó que ya en más de una ocasión su esposo había sido dado de alta a medianoche y hasta esa hora pudo volver a su casa a dormir. Añadió que tales desvelos incrementan su cansancio porque no deja de levantarse a las 4:00 am, de modo que cuando no está atendiendo a su esposo lo único que quiere hacer es descansar.

El agotamiento, la falta de tiempo, la preocupación, y el encierro de Isa acompañan el trabajo doméstico que ella se encarga de realizar, entrevarado con los cuidados a su esposo: “que sóbame la espalda, que tráeme, que quítame [...] me tiene agotada [...] luego lo tengo que jalar o mover para que coma”. En él no hay horarios fijos y no se puede hacer planes porque no se sabe qué puede ocurrir el día o la hora siguiente. Tampoco hay libertad para salir de casa porque eso implicaría no poder asistir a su esposo en caso de que lo necesitara. En opinión de Isa, dicha situación afecta su glucemia: "Es que no estoy tranquila, pues, ando de un lado a otro, luego a hacer comida [...] Y él cree que va a durar años y ojalá dure mucho,

pero la fregada voy a ser yo". Esta expresión da cuenta de que, aunque ella se imagina que la carga de trabajo puede afectar su salud, sabe que no puede evadir la responsabilidad de cuidar a su esposo, lo cual es el ordenador principal de sus actividades: "primero es mi marido" y está por encima de las necesidades de autocuidado de Isa.

El caso de Isa da cuenta de su función al servicio de otros en su hogar, lo cual es el deber de las mujeres como parte de su rol de género, como explica Marcela Lagarde (2005), quien menciona, respecto al cautiverio de la *madresposa*, la pérdida de libertad de las mujeres para tener actividades fuera del hogar o distintas a las del cuidado de otros, ya que sus fuerzas están orientadas al cuidado de su familia. En el caso de Isa, a partir de la enfermedad de su esposo y la atención que debe darle, ha ido abandonando algunas de las actividades de recreación y descanso que tenía cuando su esposo salía a trabajar y ella no cuidaba a hijos o nietos. Esas actividades consistían en salir a caminar, tejer y dormir.

Isa señaló que iba a caminar cuando su esposo no estaba enfermo. Ella se levantaba a las 4:00 de la mañana a hacer limpieza y preparar alimentos para que él se llevara y, a las 6:00 am, podía salir a caminar a los campos deportivos –a cinco minutos, aproximadamente, de su casa. Ahora, permanecer de pie por mucho tiempo genera que en sus espacios libres busque recostarse o sentarse, y no le apetece salir a caminar, aunque si le apeteciera, tampoco puede dejar al esposo solo. Esto es un ejemplo de cómo el trabajo doméstico reduce sus posibilidades de autoatención porque, en su caso, se traduce en un impedimento para llevar a cabo una actividad de autocuidado.

Estar a cargo de la preparación de alimentos le ha permitido a Isa poner límites al consumo de postres y conservar el consumo de verduras mientras permanezca en casa. Sin embargo,

hacerse cargo de los traslados de su esposo ha mermado también sus posibilidades de comer adecuadamente, ya que su horario de comida es alterado por las esperas en los consultorios y hospital, y se le dificulta el consumo de alimentos recomendados porque, con frecuencia, no ha podido llevar comida de su casa a esos lugares. Cuando se conversó con ella, dijo que los dos días anteriores había comido tamales porque era lo que se vendía afuera del hospital y tenía que comer algo.

Por otra parte, a Isa también llega a hacerle falta el tiempo para su alimentación. En una sesión del GAM, se pudo observar directamente que, a diferencia de sesiones anteriores, Isa no llevó desayuno y sólo llevaba una barra Multigrano Nuez de 42 gramos. Al preguntarle si esta vez no había tenido tiempo de preparar su desayuno, Isa manifestó: "quiso hot cake [**mi esposo**] y me embroqué³⁰ en eso y ya no". Isa desayunó la barra con café con leche después de tomar sus medicamentos.

Esto permite ver parte de la dinámica de sus cuidados. Es posible que ella no haya querido comer hot cakes como su esposo porque tiene muy claro que, por la diabetes, debe evitar la harina, ante lo cual prefirió quedarse sin desayuno que hacer hot cakes para ella. Por otro lado, pasó a la tienda por una barra Multigrano "porque tengo que meterme algo" y ese producto es considerado en el grupo como un alimento saludable por ser "de avena". El

³⁰ *Embrocarse* como una forma de decir: "me dediqué totalmente a eso". Del verbo embrocar, en su primera acepción, que se refiere a vaciar algo sobre otra cosa o poner algo boca abajo (Diccionario de la Lengua Española), y que suele ser usado de forma coloquial para decir que alguien se dejó caer sobre algo, o se echó encima de alguien: "Entonces subí las escaleras, me embroqué entre la cabecera y el colchón y no desperté hasta que sonó el despertador" (Rogelio Guedea, *Crónicas del reincidente*). Por extensión, *embrocarse* se usa para expresar que alguien se abocó a una sola tarea con atención total sobre ella. *Abocar*, de hecho, tiene una primera acepción muy similar a *embrocar*: "Verter el contenido de un cántaro, costal, etc., en otro." (Diccionario de la Lengua Española). Finalmente, cabe señalar que cuando Isa dijo "me embroqué en eso" acompañó la expresión con un gesto que consistió en mover hacia abajo sus manos, que se encontraban cada una a la altura de la oreja correspondiente, como una forma de expresar gestualmente que se enfocó en el desayuno de su esposo nada más.

producto, entonces, tiende un puente entre el saber de que no hay que comer harina, pero hay que comer algo con las pastillas, y la imposibilidad de preparar un desayuno que pudiera llevar a la sesión del GAM, a la cual asistió en lugar de quedarse en casa y tener un desayuno más elaborado, probablemente por la importancia que tiene la revisión constante de glucosa para las participantes, como se vio en el capítulo anterior.

La vigilancia de la enfermedad ha aparecido en investigaciones en Europa, particularmente en España, como una estrategia de las mujeres cuidadoras con enfermedad crónica para conservar su salud y continuar en el ejercicio de sus responsabilidades de cuidado a sus familiares dependientes, en donde ellas se reconocen como personas capaces de otorgar ese cuidado, a diferencia de los enfermos que lo reciben (Martínez, 2016: 78-79; 125-128). En el caso de Isa, el comentario de su esposo respecto a que podrían ser “dos los enfermos” se puede interpretar como el reconocimiento de esta diferencia entre los miembros de la pareja, lo cual genera un deber respecto al cuidado que a Isa le corresponde proveer en ambas direcciones, pero donde el cuidado de su esposo tiene prioridad, si bien Isa tiene presente la importancia de cuidarse.

Al conversar con Isa, manifestaba que el seguimiento de sus niveles de glucosa es parte importante de esto: “Ya mejor me cuido yo también, nada más que no tengo las tiras y se me descompuso el aparato {glucómetro} [...] **[Mi esposo]** me dice: ‘cúidate, porque si no ya vamos a ser dos los enfermos’”. Después de dos semanas de este intercambio, comentó que ya había comprado las tiras y que se estaba revisando los niveles de glucosa diariamente, incluso dos o más veces al día para confirmar el resultado.

Otro de los aspectos que caracterizan el cuidado de Isa a su esposo tiene que ver con la carga mental del trabajo doméstico que realiza. El concepto de carga mental ha sido desarrollado en estudios sobre el trabajo, sobre todo desde la psicología y respecto al trabajo remunerado. Se ha definido como la relación entre la cantidad y calidad de información que una persona debe procesar y el tiempo y la capacidad que tiene para hacerlo (Nogareda 1984). La carga mental de trabajo puede generar fatiga mental “si la realización de una tarea implica el mantenimiento prologado de un esfuerzo al límite de nuestras capacidades [...] **[que]** se traduce en una serie de disfunciones psíquicas, acompañadas de una sensación subjetiva de fatiga y una disminución del rendimiento [...] **[lo cual se caracteriza por]** disminución de la atención, lentitud del pensamiento, disminución de la motivación” (Ibid.) Otros trabajos señalan que la carga mental y sus efectos son difíciles de medir, pero se han estado proponiendo formas de hacerlo, especialmente por el impacto comercial que tiene (Ferrer y Dalman 2004).

Susan Walzer (1996) usó trabajo mental (*mental labor*) para referirse al tiempo que pasan las madres pensando en las necesidades de sus hijos y su hogar –específicamente de los bebés– planificando, haciéndose cargo de las emociones, preocupándose y ajustando la división del trabajo en casa, todo lo cual es entendido como trabajo *de* las mujeres, del cual se encargan con mayor intensidad que los hombres y que está vinculado al rol de madre, el cual gira en torno al cuidado. Dado que se espera que las madres cumplan, incondicionalmente, con su rol de cuidadoras que les da identidad como buenas madres, ellas están permanentemente preocupadas por lo que el bebé pueda necesitar. Al ser responsabilizadas del bienestar e incluso la sobrevivencia del bebé, las madres viven pensando en todo lo que el bebé en el

presente y en el futuro pudiera necesitar, y gestionar lo que pueda ser útil para él, lo cual da como resultado un trabajo mental permanente (Ibid., 221-223).

Aunque Isa no está a cargo de un bebé, su esposo depende de ella para sus traslados al hospital, para comer y otras actividades. Además, Isa es la principal encargada de su cuidado y tiene sentido pensar que podría sentirse responsable de lo que le sucediera en caso de dejarlo solo; de ahí su preocupación: “Pude haber ido [**a la sesión del GAM**], pero dijo que tenía miedo [**de**] quedarse solo y a mí me da miedo también dejarlo solo”. Asimismo, las preocupaciones son una parte muy importante de la carga de trabajo de Isa y la relación que tiene con su esposo, en la cual se involucran, constantemente, sentimientos de pérdida, miedo e incertidumbre en un momento en el que el diagnóstico médico ha sugerido sólo esperar la muerte y amortiguar el dolor del esposo de Isa. En ese sentido, ella habló de cambios en él: “A veces no puedo venir [**a las sesiones del GAM**] porque no me deja [...] luego me voy y llora y él no era así. Esto da una idea del papel de las emociones y la gestión que se tiene que hacer de ellas, lo cual tiene como una de sus consecuencias que Isa debe permanecer en casa y sus posibilidades de salir son escasas.

Otra de las situaciones que contribuye a la preocupación de Isa es el silencio de su esposo. En una ocasión, Isa le contaba a Mara –otra participante del GAM– que su esposo no le decía lo que sentía y eso hacía que ella tuviera que “estar más al pendiente de él”. Al respecto, Mara le dijo a Isa que esas son cosas “que ellos hacen”, tal vez para no añadir tristeza al hogar. Le dijo que su esposo es sobreviviente de cáncer y que él también solía ocultar su dolor. Isa dijo entonces: “Me da lástima porque no me dice la verdad”. Agregó que a veces su esposo le dice que está bien, pero ella se da cuenta que anda cojeando, a partir de lo cual infiere que tiene dolor. Esta dinámica contribuye a la carga mental y emocional de Isa

involucrada en el hecho de “estar al pendiente” en un contexto donde se atribuye a la inestabilidad emocional el incremento de niveles de glucosa, lo cual podría explicar, en parte, que Isa haya dicho que la “*fregada*” con la enfermedad de su esposo iba a ser ella.

A modo de resumen, en el siguiente cuadro se ponen en relación las actividades domésticas de Isa con algunas de las consecuencias que generan en su vida cotidiana y en una tercera columna, anotamos las actividades que reflejan su autoatención.

Tabla 13

Trabajo doméstico y autoatención de Isa

Trabajo doméstico	Consecuencia	Autoatención
Estar al pendiente de lo que necesite su esposo.	Permanecer en casa / impedimento para estar en lugares distintos a la casa (en su caso, incluso dificultad para asistir a sesiones del GAM).	Controlar la comida (no se cuenta con el ejercicio). No dejar de revisar <i>azúcar</i> para no descuidarla.
	Preocupaciones / Estrés.	No dejar de ir al GAM para toma de signos, para descansar un poco del trabajo en la casa y platicar con otras personas.
	Disminución del tiempo de descanso, recreación y cuidado personal (ya no teje, ni lee, ni camina).	
	Desvelos.	
Asistir al enfermo: moverlo, acomodarlo, sobarlo, etc.	Cansancio intenso.	Aprovechar cuando el esposo duerme o ya no hay trabajo que realizar, para sentarse y descansar.
	Desvelos.	
Llevar al hospital a su esposo, acompañarlo y esperar indicaciones de médicos.	Desvelos.	Tratar de compensar haber comido más, o mal, con un mayor consumo de verduras en cuanto se pueda.
	Implica consumo de alimentos no recomendados en la calle.	
	Altera horarios de comida.	
Preparar alimentos.	Posibilidad de participar en la elección de lo que se consume en su hogar.	

Fuente: elaboración propia con base en el ejercicio del diario de actividades y conversaciones breves durante algunas sesiones del GAM.

Se puede decir que, en el caso de Isa, el GAM es un recurso muy importante para llevar a cabo actividades relacionadas con la atención a sí misma como descanso, convivencia y

seguimiento de sus niveles de glucosa, presión arterial y peso. Por otra parte, Isa, al estar en una situación donde el trabajo doméstico que debe hacer le impide realizar actividades que estaban integradas a su autoatención es un ejemplo de que el trabajo doméstico influye en la autoatención porque, aunque Isa tenga ciertos saberes sobre su autocuidado, como la utilidad de caminar, no puede realizar esa actividad y se ve en la necesidad de renunciar a ella, con lo cual tiene un recurso menos para su autocuidado.

Sandra

En el caso de Sandra también se observa cómo el hecho de tener que estar pendiente de alguien implica permanecer en el hogar, aunque no haya numerosas e intensas tareas que realizar en él. Ella está a cargo del cuidado de un nieto de 26 años que tiene una discapacidad. En palabras de ella: “Es especial. [...] Él acaba, ahora en diciembre, de cumplir 26 y él tiene atraso de edad. Él, te podría decir yo, entre ocho y diez años [...], pero él sabe leer y escribir. Es muy inteligente. Eso es lo que tiene él, atraso de edad.” Aunque la madre del joven sea su vive en la misma ciudad, él no vive con ella, sino con Sandra, quien se ha encargado de él desde pequeño y a quien él llama “mamá”:

Sandra: Como mi hija fue mamá soltera, ella trabajaba y yo lo crie. Creció él y “no, mamá, yo me quiero quedar contigo”, y aquí está. Aquí está. Ella se casó, tiene sus hijos y todo. Ella viene, lo atiende. Lo ayuda a rasurarse porque él no hace esas actividades, ¿no? Le lava la ropa y todo eso, pero él “no, yo quiero estar con mi mamá”. Y él, conmigo.

Sandra señaló que el cuidado de su nieto consiste en: “Estar pendiente de él. De su desayuno, de su comida y de su cena. De cuidarlo, pues, que él sale aquí a caminar y nomás [...] Él sale solo, pero le digo: ‘Ahorita te regresas’ y estoy pendiente.” La importancia de que ella permanezca pendiente se evidencia al considerar la dependencia del nieto hacia Sandra:

“Es muy *apegado* a mí. Yo un ratito que no esté: ‘¿Y dónde está mi mamá? {Sandra}, llévame con ella, quiero estar con ella’. Es un momento, nomás que él se queda tranquilo”. Dicho apego lo entiende Sandra como muestra de la buena relación entre ella y su nieto, lo cual puede dar cuenta de que el cuidado está al centro de la identidad de madre (Lagarde 2005), y el hecho de ser necesitada por su nieto, le permite a Sandra seguir realizando plenamente ese papel sin estar agobiada de trabajo. De hecho, Sandra no mencionó tener preocupaciones.

Ante los temores relacionados con la discapacidad del nieto, Sandra está pendiente de él “todos los días a todas horas” aunque no se ha puesto en peligro: “hasta ahorita, que yo te platique que: ‘¡Ay!, [...] lo dejé solo y prendió la estufa, o hizo...’ fijate que no. [...] No batallo”. Por ello, Sandra señala que no tiene una carga intensa de trabajo –“es poquito el negocio que tengo”– y manifiesta que, de hecho, busca qué hacer para no dormir antes de la noche y evitar el insomnio: “Pues mi manera de estar activa es muchas veces acomodar la ropa, [...] ordenar y me distraigo ahí, esas son mis actividades. [...] Me pongo a oír el radio, la televisión.” Es decir, si bien Sandra no tiene un horario con actividades extenuantes que físicamente le produzcan agotamiento, el trabajo doméstico que debe realizar sí le requiere permanecer en casa y, en ese espacio, encontrar opciones de entretenimiento y de estar activa.

Otra razón por la que Sandra debe permanecer en su vivienda es porque sus hijos llegan a desayunar, a comer y a cenar a su casa y no sabe con certeza a qué hora estarán ahí. Por otro lado, para Sandra, durante cincuenta años no ha existido otra forma de pasar el día sino al cuidado de la casa y de sus hijos.

Regularmente, sus actividades de lunes a viernes consisten en levantarse a las 8 de la mañana, aproximadamente, tomar sus medicamentos, ponerse su inyección de insulina y preparar su

desayuno. Alrededor de las 9:00 horas prepara y sirve el desayuno para su nieto, después de lo cual limpia la cocina, lava trastes, recoge y almacena basura para tirarla los días que pasa el servicio de recolección de basura por su casa. Tres días entre semana lava el patio. Diariamente, después del desayuno, tiende camas, barre y trapea tres recámaras además de la cocina, el comedor y la sala –excepto si algún día no se siente con suficiente ánimo para hacerlo. Limpia calzado, muebles, puertas y ventanas los días que considera es necesario o quiere hacerlo. Ocasionalmente, hace una siesta en la mañana o en la tarde.

Desde las 11:00 o 12:00 horas, Sandra empieza a preparar la comida, la cual puede servir desde las 13:00 hasta las 15:00 horas, en función de quién la visite y a qué hora. También prepara postre, que suele consistir en cocteles de frutas, y después de la comida vuelve a realizar actividades de limpieza: lavar los trastes y limpiar la cocina. Después, dobla y acomoda ropa u objetos, y espera visitas o sale a hacer tortillas. Dos veces por semana lava, a mano, una vez que se ha ocultado el sol.

Los fines de semana sus actividades se diversifican un poco porque cocina menos ya que sus hijos compran comida y pasan la mayor parte del día con ella, o una de sus hijas viene por ella y la lleva a su casa para cuidar a los nietos: “si a mi hija se le ofrece, me voy con ella y me quedo con los niños”.

El trabajo doméstico se combina con actividades lúdicas –jugar con los nietos– y de convivencia con la familia: “El viernes, de aquí, vienen algunas de mis hijas, como costumbre. Los miércoles, y los viernes vienen dos de mis hijas con su esposo, sus hijos, a comer y pues me tardo porque hago bastante [**comida**]”. En otras ocasiones: “Mis hijos todos los días antes de irse a trabajar pues llegan y pues a veces a mediodía a comer llegan también

o yo les llamo, yo los invito”. La casa es un centro de reunión para los integrantes de la familia de Sandra y es el espacio a partir del cual se dan las relaciones más importantes que ella tiene.

En las visitas, Sandra recibe ensaladas de sus hijas y cocina según las preferencias de quienes la visitan: “Hay veces que yo hago comidas así que yo las necesito y a ellos les hago otra cosa [...] **[un hijo]** es muy acarreador de que le haga carne, que le haga hígado, que el hígado es bueno, ¿no? Que chicharrones, que eso ya es algo que yo no, no, no como”. Si los gustos e intereses se encuentran, Sandra no tiene que cocinar alimentos distintos: “Cuando hago *Chop Suey*, pues muy sano: el arroz, la verdura. Todos, todos comemos. Y cuando hago un caldo de pollo igual, todos comemos”.

En cuanto a la elaboración de tortillas, hay una combinación entre convivencia y el trabajo doméstico donde, si bien se elabora un producto para otros, lo más importante es convivir:

Los martes, regularmente, si amanezco bien, si me siento bien, nos reunimos en casa de una hermana. Eso es desde las cinco de la tarde, a veces hasta las nueve. Hacemos tortillas. Muchas tortillas. Y me dicen mis hijas: ‘ay, mamá, pero no hagas tantas’. ‘¡Ah, pues es que me gusta!’ y lo disfruto porque nos juntamos todas –tengo cinco hermanas todavía, ninguna ha fallecido– y nos juntamos todas y ahí nos vemos, convivimos, cenamos juntas, y cada quien llevamos algo para cenar. [...] Yo las pongo en bolsa, las meto al refrigerador y vienen mis nietos y comen; mis hijos. Y les doy para que lleven y así, pero es una costumbre que tenemos desde hace mucho.

En el caso de Sandra, el trabajo doméstico está orientado a la satisfacción de necesidades materiales propias y de otros, así como a las relacionadas con los vínculos afectivos más importantes para ella, mismos que se hallan en el espacio doméstico familiar. Estas cualidades del trabajo doméstico son importantes en la consolidación de la casa como el espacio fundamental y casi único para desarrollar la vida cotidiana, que ha sido tal desde que ella contrajo matrimonio a los 18 años y empezó a tener hijos, a cuyo cuidado se dedicó

exclusivamente. Sandra tuvo ocho hijos. Al igual que Isa, Tina y Coral, se dedicó totalmente a su hogar desde que se casó: “Luego luego encargué a mi primera hija. Luego, a los dos años, al segundo, al tercero y todos chiquitos. [...] Todo el tiempo fue nomás ellos y la casa, ¿no? lidiarlos”.

La mayor parte del día, Sandra hace trabajo doméstico y es en el marco de esas actividades que ha de encontrar lo que pueda ser útil para su autoatención, la cual está basada principalmente en “comer poco” y consumir alimentos recomendados, así como en el seguimiento de sus niveles de *azúcar*, a partir de los cuales decide si hace modificaciones en su alimentación por semana. Estar activa le asegura el descanso nocturno y lo interpreta como una forma de seguir el tratamiento al estar en movimiento, aunque no camine. Convivir y hacer actividades distintas a las habituales, como asistir a las sesiones del GAM y a los paseos del grupo, son parte de los momentos para “estar a gusto” e, incluso, descansar.

Tabla 14

Trabajo doméstico y autoatención de Sandra

Trabajo doméstico	Consecuencia	Autoatención
Estar al pendiente de su nieto	Permanecer en casa / impedimento para estar en lugares distintos a la casa.	Buscar cómo entretenerse y mantenerse “activa” dentro de la casa. Permanecer en el GAM para no perder el seguimiento de la azúcar y porque sirve para hacer algo diferente.
Preparar alimentos	En caso de hacerlo con sus hermanas, es útil para convivir y como actividad recreativa. En su casa le permite encargarse de la comida que necesita. Cuando cocina para su familia que la visita, y si son alimentos	Convivir, hacer algo diferente. Preparación de comida diferente para ella.

	no recomendados para ella, prepara otros.	
Hacer limpieza y ordenar la casa	Estar activa.	Para ella es una forma de acercarse al tratamiento recomendado si no camina.

Fuente: elaboración propia.

En el caso de Sandra se puede ver que el trabajo doméstico ha implicado su reclusión en el espacio doméstico desde que contrajo matrimonio, a partir de lo cual se ha dedicado siempre a cuidar a otros y depender de su esposo e hijos económicamente. En su caso, el trabajo doméstico incide en la autoatención porque limita las posibilidades de movimiento a lo que se puede hacer dentro de la casa. En este sentido, el GAM es un espacio distinto que permite la convivencia con otras personas, e información sobre lo que se puede hacer en casa, como reducir la cantidad de comida de se come, así como los ejercicios de calentamiento.

Sara

Sara es otra de las participantes con mayor carga de trabajo doméstico. Ella atiende a una nieta de tres años con intolerancia a la lactosa y reacciones alérgicas a ciertas frutas. El cuidado lo comparte con su hija –madre de la niña– en las noches y algunas tardes. De lunes a viernes, entre 7:00 y 14:00 horas, Sara se dedica a hacer la limpieza del hogar y a preparar la comida mientras su nieta está en la guardería. Cuando ella regresa, se dedica a atenderla: jugar con ella, darle de comer, de merendar, de cenar y estar al pendiente. En la misma vivienda también vive un nieto de 15 años, a quien no cuida como a su nieta pero sí le prepara Sara el desayuno y la comida.

Su día comienza entre las 5:00 y 6:00 horas. Lo primero que suele hacer es desayunar y tomar sus medicamentos. Después prepara el desayuno del nieto y el que su nieta llevará a la

guardería. Sus actividades de limpieza y otros servicios consisten en lavar trastes, limpiar la cocina, tender, acomodar y lavar ropa a mano, tender camas, recoger juguetes, recoger y almacenar basura en espera del servicio recolector de la misma, regar el patio de tierra de la casa donde vive, barrer y trapear el interior de la casa –una recámara, estancia y sala-comedor–, limpiar puertas, ventanas y muebles –es frecuente por la cantidad de polvo que entra a su casa.

En caso de asistir al GAM, Sara prepara el desayuno que consumirá después de la toma de signos. Durante las mañanas, también da de comer al perro, limpia y riega las plantas de su hogar, sale a comprar alimentos –dos veces por semana–, ocasionalmente va a pagar servicios de electricidad y agua, atiende las visitas ocasionales de uno de sus hijos, e incluso lleva comida a una de sus hermanas.

Si hay oportunidad, Sara toma una siesta o se acuesta para descansar. Si necesitan llevar a la niña a consulta médica, Sara se encarga de buscar documentos y arreglar lo necesario para la salida. Ella manifestó llevar a cabo estas actividades en un cansancio constante, lo cual atribuye en parte a sus actividades cotidianas y a la diabetes: “Todo hago muy bien. Ay, pero hay veces que [...] pues siento la cabeza, el cuerpo, muy cansado, muy cansada así a modo de que [...] hice la comida ¿y los trastes? pues espérate si... a ver si más al rato los hago. [...] Cuando [**llega mi hija**]: ‘Ve tu chamaca porque yo ya no aguanto’”.

La nieta de Sara presenta fiebre y diarrea dos o tres veces por mes. Sara se encarga de darle los medicamentos –a veces con apoyo de su hija– o de recurrir a procedimientos alternativos: “Le pongo una tina con agua y la meto ahí, porque no me gusta darle... pues así medicarla,

pues, no me gusta, mejor me espero, la meto al agua, la estoy bañe y bañe hasta que ya llega ella”.

En esas ocasiones, a las actividades habituales de Sara se suma el desvelo y la preocupación tanto por el estado de salud de la pequeña como por las dificultades económicas que enfrenta el hogar –formado por Sara, su hija, la nieta y un nieto de 15 años. Ante tales situaciones, Sara trata de tranquilizarse a sí misma con el propósito de que su propia salud no empeore.

Sara: Hay veces que agarra la semana y especialmente para el doctor. [...] Hay veces que hasta pide prestado. Y [...] todo eso la mortifica a uno también. [...] Pues me encomiendo a Dios, “primero tú, Dios, tu voluntad” y trato yo de... de tranquilizarme, porque hay veces que sí me desespero, que veo a mi hija apretándose las manos, que veo a la niña que no se nos alivia, que ya la llevamos dos tres veces y que nada y nada.

El trabajo doméstico ha estado integrado a la cotidianidad de Sara durante toda su vida, como ocurre en el caso de otras participantes, cuyo rol de género ha sido el de cuidar a los hijos, a la pareja y los padres. En el caso de Sara, al cuidado de sus hijos se añadió el trabajo remunerado y, posteriormente, el cuidado de sus nietos y bisnietos:

Sara: El más grande tenía seis años cuando yo me divorcié, también, y tuve cuatro, y la más chiquita estaba como **[mi nieta]**. [...] **[Luego]**, mi mamá ya necesitó quién la viera. Cuando ella ya se enfermó, que le amputaron el pie, yo ya me dediqué a otra cosa. [...] La tuve en mi casa, con mis hijos. Yo me salí de trabajar y me levantaba a las tres de la mañana. Hacía tamales, salía a vender y con eso nos mal-manteníamos. [...] Yo seguí trabajando por mi cuenta y viendo a mis hijos. [...] Yo creo que desde que tuve mis hijos, siempre ha habido problemas [...] de que los tengo que cuidar, de que estén conmigo, más conmigo que con sus papás. [...] El primer hijo tuvo una niña y se divorció; la niña tenía un año. Pues su mamá trabajaba y a mí me la dejaban. [...] Y luego ya después ella creció y se casó, se divorció, y ahorita tiene dos niños que son mis bisnietos. Y hay veces, inclusive, que me los deja aquí también. [...] Antes vivía conmigo ella. [...] Y luego, aparte, yo crié uno que ahorita tiene dieciocho años porque falleció su mamá; lo dejó a los dos años. [...] Pues todo eso también digo yo que es carga, pues. [...] Pero no ha sido una vida de que digas: “no, yo sola”, cuando yo veo muchas que dicen: “a mí no me importa, mi hijo se casó, tuvo su hijo”. Y hasta ahí le dejan, y yo nunca. *No he podido yo así, pues, no. Se me hace muy duro.* Por ejemplo, el hijo que enviudó: tenía el niño dos años cuando lo dejó. Pues prácticamente la familia de ella nunca lo recogió, se lo dejó al papá, y el papá tenía que trabajar para mantener la casa, pues. Y ya pues *yo me tuve* que ir con él a su casa. Le hacía todo: lavarle, plancharle, y hacer comida, y salir, y venir a echarle vuelta a la casa, y luego regresar en la tarde. O salía él del trabajo y

él iba por nosotros y ya nos íbamos a dormir a la casa. Siempre ha sido de que no es una vida muy cómoda, pues. [...] Y yo digo que, por ese lado, pues, o no sé, o me servirá o me estorbará.

Como se mencionó en capítulos anteriores, el rol de género que coloca a las mujeres como proveedoras de cuidado está vinculado a las relaciones afectivas que tienen con miembros de su familia. De ahí que Sara señale, respecto a la posibilidad de no “apoyar” a sus hijos con el cuidado de los nietos, que *se sentiría mal* por no hacerlo: “siempre ha sido la vida así, pues, [...] de muchos compromisos que no son ni de uno, pues. Que no son directos, pero sí le afectan al no hacerlos, al no ayudarles [...] **[porque]** se siente mal uno de que si los puede ayudar y de que no los ayude”. Como sucede con otras participantes, para Sara es difícil de imaginar la vida sin estar ligada a la casa y al trabajo doméstico. Eso podría explicar el hecho de que cuando se le pidió a Sara suponer cómo sería su cotidianidad sin dedicarse al cuidado de los nietos, apareció la posibilidad del descanso y la recreación –dado que el cuidado es “una obligación sin derechos” que la agota–, pero también la falta de sentido:

Sara: a la mejor, digo yo, si no estuviera en esta situación, a la mejor estuviera ahorita acostada, dormida, llorando, deprimida, o quién sabe. Y así ya sé que va a venir mi hija, hay que preparar esto o la niña, simplemente. [...] Porque tiene uno la mente más ocupada, yo creo. Pues por una parte, ¿no? Porque muchas veces uno ni para... pienso yo, pues si no estaría aquí a lo mejor estaría con un grupo de amigas [...] Luego me dicen **[mis hermanas]**: “No te podemos invitar porque todo el tiempo estás con chamacos”.

Tabla 15

Trabajo doméstico y autoatención actual de Sara

Actividad	Consecuencias	Autoatención
Estar al pendiente de su nieta	Permanecer en casa / impedimento para estar en lugares distintos a la casa (incluso se le dificulta asistir a sesiones del GAM).	No abandonar el grupo para dar seguimiento al <i>azúcar</i> .
	Estrés.	Encomendarse a Dios.
Preparar alimentos	Participar en la elección de los alimentos que se consumen.	Menor consumo de manteca y aceite.

Hacer limpieza y cuidar	Tener la mente ocupada, tener algo que hacer	
	Cansancio intenso.	Aprovechar cuando hay tiempo libre para acostarse y descansar.
	Desvelos.	

Fuente: elaboración propia.

En el caso de Sara hay que tomar en cuenta que ella frecuentemente siente mareos, cansancio intenso y debilidad, por lo que a menudo existe necesidad de descanso físico, pero también mental, lo cual es complicado conseguir por el trabajo doméstico y emocional que debe realizar, por las preocupaciones que conlleva, por lo que su autoatención es permanentemente atravesada por estas dificultades.

Respecto a la participación en la elección de los alimentos que consume, Sara manifestó que la nutrióloga le ha dicho que no consuma frijoles refritos, de modo que, si sus nietos le piden eso, ella trata de apartar los frijoles cocidos para ella antes de hacerlos refritos – “si los acabo de coser, aparto para mí y ya los demás para ellos”– mismos que ha adaptado y ya no les pone manteca, sino sólo queso regional y chile rojo, es decir, que su posición como encargada de hacer la comida en su hogar le permite ser operadora de transacciones entre lo acostumbrado y las recomendaciones sobre el cuidado.

Por otra parte, permanecer en el hogar donde se encuentra, pone a Sara en contacto con productos que no son recomendables para ella, pero despiertan antojos que le son difíciles de evitar y ante lo cual quienes la rodean le piden hacer el esfuerzo a ella, como se vio en el capítulo anterior, debido a la individualización de la enfermedad y el cuidado.

Durante décadas Sara ha tenido a su cargo el cuidado de varias personas y ha hecho trabajo doméstico y trabajo remunerado simultáneamente. Antes de dedicarse al cuidado de la nieta que actualmente atiende, Sara estaba viviendo sola en su propia vivienda, si bien por

temporadas cuidaba nietos. Ante la demanda de cuidados por la enfermedad de la pequeña y la dificultad para desplazarse de su casa a la de su hija, Sara permanece la mayor parte de su tiempo en un espacio que no es el suyo y hace limpieza de la casa de su hija y de la propia.

Sara: y luego ya empezó estar enferma [...] y “vámonos para allá porque tengo que devolverme ya” y ya me fui quedando. El caso es que ahorita ya va pa’ tres años la niña. De eso hace dos años, yo creo. Dos años y medio, pero pues voy y vengo como quién dice, ¿no? pero pues siempre me la llevo más aquí que allá porque... más en las tardes tengo fuercitas que estar aquí porque ella pues... Y en la mañana yo aprovecho: cuando a ella se la llevan, pues hay veces que me voy con ella; va y me deja allá en la casa y es cuando yo aprovecho a hacer: que sacar basuras, que esto, que lo otro, barrer.

Para Sara, el tener que vivir con su hija y sólo poder ir a su propia casa cuando la pueden llevar, la recluye en un espacio donde se le dificulta más realizar actividades relacionadas con el cuidado, específicamente en lo que tiene que ver con la posibilidad de salir a caminar y de vigilar sus niveles de glucosa.

Sara: pero pues de hacer ejercicio ejercicio... aparte de lo que camino aquí, que esto que lo otro, pues en la noche sí; los movimientos que de los pies, de las manos, así, cuando me pongo hacer. Sí, pero ejercicio ejercicio así de salir a caminar [...] ahora ya no. Una, porque me vine para acá y aquí se me dificulta más porque no conozco muy bien, pues. Y luego, pues saldría... tendría que salir a las cinco de la mañana, Pa’ las cinco y media, seis, pues ponerme hacer lo que tengo que hacer aquí: el desayuno. [...] **[También]** me pega como vértigo. Hay un tiempo en que me levanto y, ay, no, me empieza a dar vuelta todo. [...] No había salido sola a la calle hasta ahora. [...] Muchas veces ella no me puede llevar, pues no puedo ir **[al grupo]**. Tiene una urgencia temprano y se va y [...] hay veces que no lleva a la niña y me tengo que quedar con ella. Ya [...] ese día se pasa y ya no voy. Por eso es que lo he dejado, también. Pero antes no, antes no faltaba. Jugábamos al cachibol [...] y luego estaba más cerca, pues ahí me iba y venía pie, no necesitaba pesero. Y aquí que son dos peseros los que tengo que agarrar [...] y luego eso de andar transbordando, no, se me hace muy pesado.

En la situación que narra Sara se evidencia cómo con su carga de trabajo doméstico es más difícil asistir a las sesiones del GAM y hacer caminatas, práctica permanentemente recomendada, pues ella tiene problemas de salud que limitan los desplazamientos que ella puede hacer fuera de su casa. Por otra parte, al vivir en casa de su hija, ubicada en una colonia a las afueras de la ciudad, donde circulan pocas unidades de transporte público, hay partes

no pavimentadas, así como pendientes elevadas que tiene que subir y bajar –sin olvidar las altas temperaturas a las que se expone–, Sara depende de su hija para ser llevada a las sesiones del grupo, a la clínica que le corresponde, y a su propia vivienda.

En su caso, el trabajo doméstico incide, actualmente, de manera directa en sus posibilidades de autoatención ya que limita su movilidad, dificulta su asistencia al GAM, le da preocupaciones, le multiplica el trabajo –ya que también tiene que ir de vez en cuando a su propia casa y limpiarla–, y le dificulta tener la alimentación que ella intenta llevar, aunque participa en la elección de alimentos.

Por otra parte, la situación en la que está tiene la consecuencia de que refuerza la pertinencia del GAM, mismo que se vuelve más importante porque, ante las complicaciones en su autocuidado, Sara siente que necesitar ir “a checarse” constantemente, lo que le ayuda un poco en los ajustes semanales de su alimentación, además de que descansa un rato y, aunque es difícil acudir a las sesiones del grupo, se esfuerza para ir. Si bien no va todos los viernes, va a la mayoría de las sesiones.

En los casos de Sandra, Sara e Isa, el trabajo doméstico es su actividad principal. Como se sabe, esta es una situación en la que las mujeres están por su condición de género; atender el hogar es su obligación y ahí están insertas las relaciones más importantes de su vida. Sara e Isa identifican que la carga intensa de trabajo puede afectar su salud, ya que les genera estrés y cansancio intenso, entre otras dificultades para una atención óptima.

En el caso de Isa, el trabajo doméstico que realiza le ha hecho difícil mantener un horario de comida estable y cierta calidad de los alimentos. Para Sara, por otra parte, encargarse del trabajo doméstico en la casa de su hija implicó salir de su propia vivienda, lo cual limita su

movilidad, la expone a comer alimentos que ha tratado de evitar y contribuye a un estado permanente de cansancio. Así, su autoatención se ve limitada por las condiciones de vida que implica el trabajo doméstico porque, aunque ellas sepan que es importante evitar el estrés, descansar, y (no) comer ciertos productos para controlar el *azúcar*, no pueden vivir en esas condiciones.

A continuación, se expondrán los casos de Salma y Sofía, quienes viven solas, pero casi todos los días cuidan a alguien que, si bien no es un dependiente, sí representa cierta demanda de cuidado que se espera que ellas resuelvan. Salma cuida a sus nietos, y Sofía a su madre.

Salma

En el pasado, el trabajo doméstico desplazó una de las actividades de Salma para la atención de su salud, misma que consistía en salir a caminar y correr en un centro deportivo de la ciudad. Esa actividad la incluyó después de que se le diagnosticara diabetes, hace alrededor de diez años atrás. Hace aproximadamente seis años, cuando a su esposo le diagnosticaron cáncer, dejó de salir a caminar y durante tres años se dedicó exclusivamente a cuidar a su esposo hasta que falleció. En su caso, tampoco hubo reparto del trabajo doméstico con otros miembros de la familia o del hogar, sino que ella estuvo a cargo de todo y dejó de hacer las caminatas, actividad que no ha podido retomar pese a que desde hace tres años vive sola y su carga de trabajo doméstico no es intensa.

Salma dijo que ha intentado retomar las caminatas y que no se acostumbra, sin embargo, justificó: “¡Pero no paro en la casa!”. Al parecer, si el trabajo doméstico implica permanecer en movimiento, es entendido como una manera de hacer ejercicio porque se percibe claramente distinto a “estar sentada”, aunque se reconoce que no es lo mismo que salir a

caminar. Al igual que Salma, otras participantes frecuentemente enfatizaron en las entrevistas que ellas *no* pasan el día sentadas, como otra forma de decir que están en constante movimiento, lo cual, para ellas, las aleja menos de la indicación constante de “ir a caminar” que se les da en el centro de salud, lo cual la mayoría no lleva a cabo y tiene sus razones para ello. Salma, señala que, a la luz de la terrible experiencia con sus caídas, tiene temor de exponerse a otro accidente:

Salma: Pues me resbalé ahí afuera. Me fracturé el hombro y la cadera [...] voy para los dos años en septiembre. [...] Por un lado de allá me había arrastrado; yo qué iba a poder levantarme. [...] Pues venía para acá para la cocina, ya había regado todo [...] No sé qué pisé que me resbalé. Pero caí todo para este lado, de golpe caí, de chicotazo, y dije yo: “Ay, ojalá que nada más haya sido el golpe”. Y que me va diciendo el doctor: “También es la cadera”. [...] Me operaron por ejemplo el lunes; el lunes del hombro y luego la cadera, que me pusieron prótesis en las dos. [...] Me ponían el pañal en la noche, me lo quitaban y [...] no, no. Vino mi hijo [...] y “Ay, ponme el cómodo. Quítamelo.” Así andaba, pobrecito, me levantaba en peso y me llevaba al baño hasta que me consiguieron una silla con un bote. [...] Le hablaba a mi hija a las 2 de la mañana: “Ven a cambiarme”. Me cambiaba, me quitaba las sábanas, luego me ponía pañal. Y a las seis de la mañana otra vez, pero ya dormida en su cuarto ella, pues, me dejaba sola. [...] A los tres días me desmayé en el baño. Me levanté con la andadera y, al darme la vuelta, [...] sentí que se me puso negro todo y pegué el grito y me agarré de la bola de la puerta –que fue yo creo que lo que me detuvo– si no, yo creo que hubiera caído de golpe en el piso; me hubiera golpeado la cabeza. Y ya le hablo al doctor: “Doctor –le dije– yo creo que eché a perder las dos cirugías”. [...] Una de **[mis hijas]** compró una caminadora pero nunca me subí, me dio miedo caerme. Dijo: “Lo vas a hacer cuando esté yo” me dijo. Pero en esos días agarró la caminadora y se la llevó, así que no me subí. Y no, y me dio miedo también, dije: “No vaya a ser que me caiga”.

Salma aclaró que sí le hace falta hacer ejercicio y que, al ser las caídas una posibilidad, se mueve a través del trabajo de la casa y de los ejercicios que puede hacer sentada: “Sí, sí. Me hace falta [...] Eso es lo que hago, no todos los días, para qué te voy a echar mentiras, pero sí muevo los pies, los subo, los bajo, los hombros, todo. Pero sí siento que me hace falta ir a caminar [...] que cuando voy, yo me siento muy a gusto. [...] *Y así no me levanto toda encogida*”. En el caso de Salma, como para otras participantes, el ejercicio no parece tener un efecto evidente en la diabetes o la glucosa, sino que se recurre a él en tanto haya una

necesidad que puedan sentir, es decir, que tengan dificultad para moverse, mientras que el control de la glucosa se relaciona directamente con el consumo de comida. Así, es posible que si el personal de salud recomienda hacer ejercicio por la diabetes y las participantes no relacionan esa actividad con el control de la glucosa, pero sí con la posibilidad de hacerse daño y depender de los cuidados de otros, preferirán no hacer ejercicio a menos que la falta de movimiento les impida realizar sus actividades cotidianas al sentirse “engarruñadas” (Fátima), “encogidas” (Salma), o “desesperadas” (Coral), lo cual se soluciona no con salir a caminar, sino con los ejercicios de calentamiento que pueden hacer sentadas.

El día de Salma comienza entre las 6:00 y 7:00 horas. Toma sus pastillas, prepara su desayuno, desayuna –o se lleva los alimentos al GAM en caso de ser viernes– y se baña. Después, limpia la cocina y la mesa, lava trastes, a veces tiende su cama, alimenta a su perra, riega sus plantas, junta y almacena basura. Una vez por semana lava ropa en lavadora, la tiende y la acomoda. Dos o tres días, entre el lunes y el viernes, Salma sale a un mercado que está a cuatro cuadras de su casa para comprar comida. Suele ir en su automóvil.

Salma es la única de las participantes de esta investigación que paga por que alguien haga parte de la limpieza –lavar ropa de cama, lavar el patio y el baño, podar plantas y limpiar puertas, ventanas y muebles. Manifestó que la única actividad que exige esfuerzo y realiza ella es bañar a su perra, lo cual hace tal vez cada dos semanas y con apoyo de sus niños o de la persona que recibe remuneración económica por el aseo de la casa. Finalmente, Salma se prepara la cena y toma sus medicamentos entre 19:00 y 20:00 horas, después de lo cual se acuesta a ver televisión para dormir.

Entre 11:00 y 12:00 horas empieza a cocinar y entre 13:00 y 13:30 horas, Salma recoge a sus nietos en la escuela –una niña de cuatro años y un niño de ocho–, los lleva a su casa, come con ellos y guarda lo que sobra o lo pone en recipientes para que su hija se lo lleve. Salma dice que cocina todos los días, pero no hace para ella comida diferente de la que es para los niños, sino que los ha acostumbrado a comer lo mismo que ella come.

Salma: acostumbrados a comer quelites, verduras, lo que les dé, nunca dicen... La ensalada esa que llevé el viernes ¡Ay, la comen muy a gusto! [...] El niño, verás, tiene ocho años y unas bolas así de ensalada se come, y les hago casi todos los días verduras. Y acostumbramos, pues, y lo que yo haga. Y nada de grasa, todo lo que sea a vapor. Si voy a hacer sopa, no ando guisando. Ahí le echo toda la olla. Si son verduras, también. Y tengo aceite de olivo también para una gotita.

Entre 14:00 y 14:20 llega la madre de los niños, quien come y posteriormente lava los trastes mientras su madre descansa. Salma señala que, entre el descanso, el juego y la conversación, pasa el resto de la tarde con sus nietos los lunes y miércoles, ya que los martes y jueves asisten a cursos de 16:00 a 18:00 horas. Algunos viernes, los niños visitan a su abuela paterna y otros, se quedan con ella toda la tarde o hasta que ella puede: “Pasan toda la tarde hasta que me enfado”.

Sin embargo, dedicarse a sus nietos entre las 13:00 y 15:00 horas tiene poco margen de flexibilidad, ya que, en caso de que Salma se negara a recoger a los niños de la escuela y a alimentarlos, su hija tendría que gestionar otros recursos para satisfacer esa atención para sus hijos, ya que ella sale a las 14:00 horas del trabajo. Con la participación de Salma en el cuidado de sus nietos, su hija cuenta con alguien de confianza para ir por los niños y, al salir del trabajo, puede llegar a comer sin tener que preparar alimentos y descansar un poco, por lo que su carga total de trabajo disminuye de forma importante.

Aquí, como en el caso de Sara y Sandra es importante ver que las abuelas maternas están respondiendo a las necesidades de cuidado de sus nietos en contextos donde sus hijas tienen un empleo en el mercado laboral, las cuales, al mismo tiempo, siguen siendo las principales encargadas del cuidado de los niños y recurren a sus madres en busca de apoyo a falta de una pareja que asuma su responsabilidad en el cuidado de los hijos, a falta de dinero que permita pagar por servicios de cuidado o ante la consideración de que es mejor la atención de la abuela u otra mujer de la familia. Así, las abuelas se han convertido en un recurso crucial en la conciliación entre trabajo y familia para muchas mujeres, lo cual permite que las mujeres más jóvenes trabajen, pero también puede mermar la salud de las adultas mayores por el cansancio que implica hacerse cargo de los nietos y la reducción de su círculo social (Flores 2012; Armijo 2016).

Si bien Salma no habló de tener preocupaciones ni de que el estrés influyera en la glucosa, sí está muy involucrada con la crianza de los niños. En este sentido, se puede hablar de una carga mental de Salma porque casi siempre está pensando en ellos, en quiénes se están convirtiendo, en sus condiciones de vida, en la participación, quizá deficiente, del padre de ellos, respecto a lo cual ella concluye, sobre todo respecto al nieto: “pobrecito el niño, a mí me da lástima”. A partir de esos sentimientos, Salma trata de proveer un cuidado para sus nietos donde, desde su punto de vista, ella los cuida mejor. Respecto a las visitas que hacen una vez al mes a casa de la abuela paterna, Salma expresó su desacuerdo aduciendo un mal para el nieto: “pero a mí no me gusta que [mi hija] los dejé allá porque los descomponen mucho. Por ejemplo, se quedó el viernes el niño, se acostó a las 3 de la mañana ¿haciendo qué? no sé: si viendo televisión o jugando con el teléfono. Siento que nosotros estamos tratando de que a las 9:00, 9:30, ya esté dormido”. Todo esto da cuenta de que Salma ha

asumido su papel como cuidadora y responsable de sus nietos, donde también llegan a involucrarse sentimientos de temor por las consecuencias que pueda tener la forma de abordar su crianza, particularmente en el caso del nieto:

Salma: Tiene 8 años, pero está muy rebelde y muy grosero [...] nomás lo regañó y listo, pero me da miedo también que con el tiempo vaya a hacer algo, o que vaya a reaccionar de otra manera. [...] Es que son niños que se les va. Son tan inteligentes, que la inteligencia les afecta también en otras cosas. Yo tuve de compañera una doctora que un día que llegó del trabajo y halló a su niño colgado de 13 años o de 12. [...] Y me da tanto miedo. Es más, yo tengo un cuartito allá atrás donde guardo herramientas y cosas de jardinería, y todo eso. Le prestaba la llave [...] para que jugara. [...] Y resulta que ahora ya le tengo escondida la llave porque hay un machete, lo sacaba y me macheteaba todos los troncos de los árboles. [...] Y dije yo: “No vaya a ser que haga alguna avería este muchachito”. Y dije: “ya se me perdió la llave y no sé dónde está”.

Salma también está involucrada en el control de la alimentación de sus nietos y está pendiente de lo que consumen, particularmente del niño, donde considera que es importante ponerle límites:

Salma: Es que es muy bueno para comer. [...] El niño está gordito, está pesado, las piernas así las tiene {acerca sus manos de manera que simula que sostiene algo grueso}, los pies así grandotes, muy grande. Lo cuidamos también. Sí, sí lo cuidamos, ya cuando empieza: “Quiero más”, “ya no le des, ya sobra, ya sobra” pero, como te digo, come mucha verdura, pues. A veces, en las tardes: “¿Qué quieres?” “Ah, yo quiero Little Caesars” la niña, “¿Y tú?” –le dicen– “Una ensalada” pide él, y luego va a ver qué ingredientes: “ponle esto, ponle esto” y se come sus tazones de ensalada. Por eso digo yo que no está muy... Por ejemplo, para para comer, no come tortillas de harina; pan, pues muy raras veces; tortillas de maíz, cuando están calientitas come y cuando hacemos tacos, por eso les iba hacer tinga ahora, para que comiera tacos, pero se come hasta cinco tacos; es mucho. Y si pide más, *yo le paró el alto*, pues, ya sobra.

Con todo, Salma señala que le parece bueno para ella convivir con los niños, y que, particularmente, disfruta platicar con su nieta, con quien conversa sobre los recuerdos en común que tienen del abuelo, que ya falleció: “Y es muy buena conmigo: ‘vamos a sentarnos ahí en la sala platicar’ y ya nos venimos las dos aquí y si está haciendo daño el otro loco aquel, allá lo dejamos. [...] Bailábamos mucho con ella aquí los dos. [...] Enfermo, pero nos

reíamos los dos. [...] Todo eso a la niña no se le olvida”. En este punto, es importante recordar que, al no vivir con sus nietos, Salma puede pedirles que se retiren cuando ella ya está cansada: “Yo me entretengo con ellos, pero ya cuando me enfado: ‘ya váyanse’ le digo a mi hija ‘ya sobra, dejen descansar’ les digo”.

En su caso, es importante considerar que, al vivir sola y tener independencia económica, puede permitirse ciertos límites en el cuidado de sus nietos, los cuales son respetados, de tal manera que el trabajo doméstico no es óbice para que pueda salir con otras personas ni para que disponga de tiempo para el descanso y el entretenimiento.

Los sábados y domingos, Salma se dedica a actividades de convivencia y recreación con la familia o amistades, y sólo una vez al mes tiene algunas actividades adicionales a las habituales, dado que se encarga de hacer todos los pagos y cobros que requiere. Cabe señalar que el caso de Salma es uno de pocos en los que la participante refirió tener trato frecuente con amistades con quienes la principal de contacto es la convivencia y el entretenimiento, sin pasar por alto que estos aspectos van de la mano con el consumo de productos que hay que evitar –donde se tiene que poner en práctica el autocuidado de manera individual–, aunque a veces permiten también un poco de movimiento:

Salma: sí, nos vamos al casino. “¿Dónde estás?”, me dicen. “En el casino”. {Ríe} Porque vamos a entretenernos y nos sirve, sí. Vamos a durar horas ahí. A veces vamos una vez a la semana, los domingos o, si podemos, vamos el sábado y el domingo. El viernes, después de las pláticas **[del GAM]** nos vamos para allá un rato. [...] Los domingos, [...] primero a rezar y después al casino. Y ni modo, tenemos que salir, pues, ¿A dónde otra parte se va uno? [...] Pues ahí *cuando menos camino ahí en el patio*, en el casino veces nos salimos, nos vamos al Walmart, caminamos allá adentro, o nos vamos a la Soriana y caminamos allá adentro también. No creas que todos los días, pero sí. [...] Ese grupo que vino el viernes, el sábado, tenemos ya... vamos a acabar 50 años juntos. [...] Nos juntábamos y hasta la fecha estuvimos juntos. **[Primero]** solteros, luego nos fuimos casando, y luego ahora ya con hijos anduvimos con los chamacos en el portabebé y ahora ya de grandes andamos solos otra vez y solas porque ya van... una se divorció y quedamos viudas. Y venimos los que estamos **[nos reunimos]** en diferentes casas, a cada quien le toca. Nos vamos a cenar alguna parte, cada quien paga su

cena, lo que quiera uno. [...] Ayer llevaron un pastel, tuvimos una reunión de un rezo que tenemos los 28 y llevaron un pastel. Hubo ensalada, hubo taquitos de frijol con queso y café y Coca Cola y ¿qué otra cosa? y el pastel. Yo sí, agarré una tirita nomás y el dulce lo dejé a un lado. Nomás para probar, pues, y me comí un taquito de ensalada y un taquito de frijoles y una taza de café con crema, con leche era, y medio vasito de soda; un vaso de agua. Eso fue lo que cené yo.

A modo de conclusión, se puede decir que el trabajo doméstico de Salma no constituye un obstáculo para su autocuidado, al menos en el presente. Al ser la encargada de comprar y cocinar lo que se consume en su hogar, puede comer los alimentos que ella prefiere en función de sus necesidades de cuidado y sus gustos. Por otra parte, convivir con sus nietos le da satisfacción, aunque en esa actividad también se filtran algunas preocupaciones que en el futuro podrían agravarse, dado que Salma está muy involucrada con su crianza, de la cual difícilmente puede alejarse dadas las condiciones de trabajo de la madre de los niños.

A partir del testimonio de Salma es posible hablar de otras condiciones que inciden en el movimiento de las personas, como la condición de espacios públicos a donde la población pueda acudir para tener momentos de convivencia y recreación. Lo que señaló Salma respecto a por qué va al casino, da cuenta de la escasez de espacios en Hermosillo para que sus pobladores tengan actividades recreativas fuera de sus viviendas, al punto de que algo que motiva ir a un supermercado sea la opción caminar en su interior.

Sofía

Sofía ha tenido una relación difícil con el trabajo doméstico y su madre desde la infancia. Si bien Sofía vive sola, su madre vive a un lado, por lo que frecuentemente se le pide que la cuide y realice las labores domésticas requeridas en ese hogar. Esa situación se traduce en

una condición de malestar permanente para Sofía, de la cual ella ha estado desprendiéndose con dificultad, dado que desde los ocho años se le empezó a atribuir el cuidado de su madre:

Sofía: Se resbaló en el arroyo [...] y resulta que quedó mal. Cada vez que tenía la regla [...] le venía mucho. Se tenía que acostar y no se podía mover. [...] Estábamos todos chiquitos, venían mis hermanos y ¡pum! Se dejaban ir contra el catre –porque se usaban catres, no había ni cama. Y se le movía, pues, y [...] daba unos gritos mi mamá porque eran unos chorros de sangre, hemorragia. Y yo, pues, yo no sé por qué [...] a mí me daban la bacinica [...] Me decían “no abras”, “no veas”. Pues tú eres una niña, quieres saber qué, y así [...] crecí con el trauma de esas hemorragias. [...] La traían con un doctor y sí, sí se alivió. [...] pero pues fue mucho tiempo de que yo de niña, ¿no?

Cuando Sofía se divorció, la familia decidió que viviera en una construcción al lado de la casa de sus padres. A la par –además de que ella se dedicaba al cuidado y la manutención de sus hijos– se le encargó hacerse cargo de su madre, que presentó otros problemas de salud.

Sofía: Pues como soy la única, todo mundo “pues la Cútili³¹”, ¿no? Y la llevaba a consulta. “A ver, Cútili, ven pa’cá pa’ que oigas lo que...” “Para que veas lo que va a decir el doctor porque pues como tú eres la que la ves y que quién sabe qué”. Yo era la que tenía que aprenderme todas las cosas que el doctor decía y todo [...] Desde que llegué aquí, que empezó a enfermarse mi mamá. [...] Le subía la presión, y ahí te vamos a curar, a llevarla al ISSTESON, a tomarle la presión. [...] Desde entonces ya me hice cargo de mi mamá, desde manejarle, llevarla a los mandados, a los doctores, a todo. Hasta, digamos que, quizá, desde enero para acá. Más bien desde noviembre que me fui. [...] Empecé a darme cuenta que yo era la de todo y pues no, todos los movimientos de ella, que llevarla al doctor, que llevarla a las medicinas, de llevarla a algún papel que iba a arreglar, o que llevarla con mi hermano, todo. [...] Y luego, ahora último, a veces que ¡me sentía mal! Y yo como estuviera, enferma [...] ¡tenía que hacerme cargo de mi mamá! Y no, no. Ya empecé a rezongar. [...] ¡Que no podía! Por ejemplo, para el [hospital] San José eran idas y venidas, en la noche, en la mañana, a todas horas, con los calorones, y en la noche ¡que ya no veía! Porque me dejaban ciega tanto carro.

En este testimonio se hace evidente el imperativo de cuidado sobre Sofía, quien ha estado obligada a atender a su madre, a pesar de su propio malestar y enfermedad, es decir, que dicho deber de cuidado a los demás se traducía en poner por encima el cuidado de otra persona al propio y sin reparto de esa obligación entre los tres hermanos, lo cual ha tenido

³¹ Su familia se refiere a Sofía con un apodo que aquí se ha sustituido por una palabra inventada.

que gestionar Sofía misma y no ha sido fácil de conseguir aunque ya se ha dado cuenta de que “no es justo” que ella sola se encargue de su madre. Por otra parte, el cuidado de su mamá no ha estado acompañado de empatía y amistad para Sofía, sino que ha formado parte de una relación que para ella ha estado atravesada por la falta de comprensión y, en palabras de ella, el horror:

Sofía: Me trataba así con mucho [...] de que “¡APÚRATE, [...] y que VÁMONOS!” Y ese día [...] nunca vi el carro que estaba estacionado atrás, hasta que oí el tras tras que le di en la puerta, por salir apurada que me llevaba ella apurada. y me quise bajar para decirle a los vecinos, pues que ahorita venía, que le había pegado ahí al carro. “¡Ándale, que súbete, y que ahorita que véngamos!” [...] Si viviera con mi mamá ya me hubiera muerto. Con eso te digo todo. Por la forma en que es ella. No, es cosa seria. Si un ratito que voy [...] ya salgo muuy mal. Le tengo horror, con eso te digo todo. Un día me di cuenta porque me... me mandó por unas pastillas, y como no hubo cola ni nada, dije: “Me voy a ir a hablarle a Ana” y me fui ahí con Ana, puse el carro ahí enfrente y cuando ya me venía, que dice un niño que andaba ahí en la calle: “¡Oiga, señora! El carro está ponchado” ¡Uy! Que una cosa tan fea sentí. [...] Con decirte que no hallaba ni la salida pa’ acá. [...] Y vine y lo metí y lo dejé ahí {ríe} pero verás qué horror sentí. Y le dije a mi hijo, cuando que me habló: “Ay, mijito, fijate que ahora me di cuenta que le tengo horror a mi mamá”. “¡Válgame, amá!” me dice “¿Hasta ahora te diste cuenta?”

Con todo, la relación difícil que tiene con su madre no impide que Sofía siga considerando como un deber atender a su madre –“Me da en la conciencia no verla”–, lo cual no pide, a su vez, de sus hijos. Esto se puede entender por lo que se ha venido reiterando a lo largo de este trabajo respecto a la obligación de las mujeres de estar al servicio de su familia y *ofrecer* cuidados.

Sofía señaló, sin embargo, que ha puesto límites en la relación con su madre para evitar que ésta y el trabajo doméstico que implica le hagan daño. Por ejemplo, decidió pasar una temporada con uno de sus hijos y evadió lo que entendía como requerimientos para quedarse a cuidar a su madre, señalando que sus otros dos hermanos también podían encargarse de ella. También mencionó que ha empezado a decidir cuándo hacer limpieza o cocinar para

ella y cuándo no, considerando que a pesar de que su madre sabe que no tiene empleo y puede apoyarla económicamente, no lo hace, mientras que sí le exige cuidados:

Sofía: Yo nunca dije que me iba a ir porque ya sabía que iba a empezar con sus enfermedades [...] por ahí que supo se le salió decirme y ya empezó que le dolía aquí, que le dolía allá [...] Yo no hice caso. [...] Si por ella fuera, me tuviera de criada ahí y también que le hiciera la comida y todo, pero no. Cuando estaba muy mala, entonces sí porque de plano sí le hacía la comida, le lavaba platos y todo. [...] Es que ella sí tiene dinero, pues, entonces yo perdía todo el tiempo y no trabajaba, y no era capaz de darme. [...] Por allá a las quinientas, me daba cien pesos o doscientos. [...] Pues yo cerré los ojos y me fui y nadie es indispensable, están ellos, también son sus hijos, que la vean. [...] Pues para ir al Súper me tengo que cambiar, no me puedo ir así en short al Súper. Y ya me quita tiempo, y luego ya con mi mamá a ver qué quiere. Ya vas al Súper, te entretienes con lo que tiene, te encuentras un conocido o simplemente hay mucha gente; haces cola ahí en las cajas. [...] “¿Y dónde estabas?”, “¿Y por qué no contestabas?”, “¿Y qué estabas haciendo?”. ¡Oye!, [...] quiere que le dé santo y seña de todo. [...] No me le paro en todo el día allá, pero ella me está hablando, ¿ya viste? {Su madre le llamó dos veces durante la entrevista}.

Sofía se ha dado cuenta del tiempo que implica hacer ciertas actividades, aunque parezcan sencillas, como ir al supermercado que queda a pocas cuadras de su casa. Sigue tratando de equilibrar el tiempo que dedica a la atención de su madre y la propia, al reservar información, defender sus espacios personales y permanecer a la casa de su madre poco tiempo, de preferencia sólo en las tardes y hasta el límite de las diez de la noche. Esto, en un contexto donde las presiones, la ansiedad y el estrés son relacionados por las participantes como un obstáculo para su bienestar, y que se agrava en el caso de Sofía, quien también tiene depresión. Al respecto, cabe señalar que fue a través de la terapia con psicólogas y un psiquiatra, que ella elaboró reflexiones sobre la concentración del trabajo doméstico en ella: “Me da en la conciencia no ver **[a mi madre]** [...] porque desde... –me dijo el psiquiatra que a mí me criaron para que los sirviera. Pues a lo mejor sí, porque a mí desde chiquita, yo me acuerdo que hacía cosas que no eran para mi edad”.

Cabe recordar aquí los hallazgos de varias investigaciones que mencionó Robles (2002) respecto a que es común que a las mujeres se les asigne el cuidado de una persona enferma por parte de miembros de la familia con más jerarquía y cuando ellas se encuentran en una posición de subordinación o tienen dificultad para resistirse a las tareas que se les encargan. En el caso de Sofía, sus hermanos le encargaron el cuidado de su madre cuando ella volvió a al hogar de sus padres después de divorciarse de su esposo. En ese tiempo, Sofía no contaba con una vivienda propia, no tenía trabajo y se quedó a cargo de sus dos hijos, por lo que dependía considerablemente del apoyo familiar, que empezó con vivir en la casa de sus padres. Posteriormente, sus hermanos decidieron que era mejor para su madre y para Sofía misma que ella ocupara con sus hijos otro predio que también pertenece a la familia, el cual tenía una construcción pequeña no ocupada. Fue así como Sofía se hizo de un espacio propio para estar con sus hijos en una vivienda distinta a donde reside su madre. Esto significó comodidades para Sofía, sin embargo, también ha facilitado que sus hermanos le deleguen a Sofía el cuidado de su madre.

Sofía coincidió con Fátima en que le parece bien vivir sola porque puede decidir lo que hace, estar más tranquila y hacer las cosas a su ritmo. En su caso, una forma de atención ha sido disminuir su carga de trabajo doméstico, después de haber evaluado lo que ha dado y lo que ha recibido. Cabe recordar que en este tema el personal de salud también ha jugado un papel. Un ejemplo es que el prestador de servicio social les repetía a las participantes en las pláticas que debían dedicarse también a su cuidado: “primero yo, después yo, y al último yo”. Asimismo, Coral señaló lo que les decía sobre ese asunto uno de los médicos:

Coral: Él nos aconsejaba mucho que no nos preocupemos nosotros por el negocio de la casa. Nos decía: “No se preocupen. Ustedes ya no están para que se estén preocupando por el negocio de la casa. Ya hicieron mucho, ya trabajaron, ya sacaron a sus hijos adelante. Ahora,

si barren, bueno; si no barren, también. El negocio ahí va a estar. El día que amanezcan con ganas, hágalo; [...] con flojera no lo hagan. *No se esfuerzen*; no pasa nada. Háganlo por ustedes, por su salud, por su *tranquilidad*. Nada, nada, *nada va a pasar si no hacen las cosas*” él mismo. Igual también nos quitó él: “No se anden preocupando por los problemas ajenos. No tengan amistades que les traigan cosas negativas en lugar de positivas. Siempre acérquense a personas que les traigan algo bueno, que las ayuden, no que les traigan problemas en lugar de ayudarlas”. Y es cierto. Luego: “No se preocupen por los hijos de sus hijas; por sus nietos, por corregirlos, por llamarles la atención, que porque se portan mal. Ustedes ya no están para corregir. Sus papás están para que corrijan a sus hijos, para los que le lleven camino; ustedes como abuelos están para chipilearlos. [...] Me ayudó mucho. Y sí es cierto, así hay veces que están mis hijas aquí y están con mis nietos chiquitos. Mis nietos se andan peleando, se están groseros, o algo: “Ay, que, amá, ¡no lo deje que le conteste así el niño! ¡Amá, que dele una manotada!” “¿Por qué?”, les digo yo, “¿por qué les voy a pegar? Corrígelo tú”. Y ya. {Ríe} Pues no; no son mis hijos, son sus hijos. [...] Todo me ha servido. Por eso te digo, a mí me ha servido mucho el grupo, no sé a otras personas, pero a mí sí me sirve mucho estar ahí.

Esto es importante porque apunta a que el GAM es parte de un proceso donde estas mujeres piensan el cuidado ya no sólo al servicio de los demás sino de sí mismas, con la oportunidad de reconfigurar significado el acto de cuidar o atender donde sea posible la conciliación entre la atención a otros y la que necesitan ellas, en un discurso que aún ubica a las mujeres como las principales encargadas del cuidado y a las enfermas como responsables de gestionar sus cuidados.

En el caso de Sofía, el trabajo doméstico ha estado vinculado a relaciones difíciles durante toda su vida. Además, ella, como Sara y Fátima, se ha enfrentado a la realidad de la precariedad económica después de haber pasado décadas al cuidado de su familia (madre e hijos, principalmente), y en el trabajo remunerado. En el trabajo doméstico –que hasta hace poco era muy intenso para Sofía–, la carga mental y, finalmente, el agotamiento fueron parte ineludible. Para protegerse de las consecuencias de la dedicación a su madre, Sofía ha hecho a un lado esa parte del trabajo doméstico a partir de su *saber* de que el estrés afecta su salud en general, no sólo en torno a la diabetes, por lo que evita la ansiedad y las preocupaciones como una de sus actividades de autoatención.

Conclusiones

Para quienes tienen las cargas más intensas de trabajo doméstico en este grupo, sus tareas de cuidado a otros llegan a dificultar al menos una de las siguientes formas de autocuidado: disposición de tiempo para el descanso, consumo de alimentos recomendados, estabilidad en los horarios de comida, tranquilidad, y la posibilidad de salir de casa y de mantener redes con personas que no son parte de la familia y el hogar. En un caso, en aras de una mejor calidad de vida, se ha reducido el contacto con la madre, lo cual ha implicado reducir la carga de trabajo doméstico y el estrés. Es un ejemplo de cómo la experiencia del padecimiento incide en el trabajo doméstico y de cómo los roles de género repercuten en la forma de vida y las posibilidades de autocuidado.

Las participantes que viven solas tienen un margen mayor para decidir qué trabajo doméstico hacer, cuándo y cómo. Para algunas de estas mujeres, si la carga de actividades domésticas no es agobiante, se puede ver como una oportunidad de convivir con su familia y de permanecer activas. Por otra parte, está la carga mental, producida por las preocupaciones ligadas al trabajo doméstico y a la responsabilidad de ser cuidadora principal de alguien. Destaca también que algunas mujeres, como abuelas, son parte necesaria de la red de cuidados para sus nietos, situación que es atravesada por las desigualdades de género y las características del mercado laboral en el que participan sus hijas, quienes se ven en la necesidad de pedir apoyo de sus madres para la crianza y el cuidado de sus hijos.

4.2 Trabajo doméstico y autoatención de quienes no cuidan

En el caso de las participantes que viven con alguien de su familia, pero no son cuidadoras de un dependiente o enfermo, se observa que hay más disponibilidad de tiempo para otras actividades, si bien en algunos casos el trabajo doméstico sigue siendo su responsabilidad principal como lo que corresponde hacer a las mujeres, sobre todo entre quienes viven con otros familiares y atienden a hombres, como es el caso de Diana y Tina, que se exponen a continuación, seguidos de los casos de Karen, Coral y Fátima que viven solas.

Diana

Diana vive con un hijo de 37 años, soltero, que trabaja como velador. En ocasiones no coinciden en la casa, lo cual es una de las razones por las que conviven poco; sin embargo, destaca que, para Diana, a pesar de ser su hijo un adulto, es importante estar pendiente de él. En la entrevista, comentó que se había tenido que ir a casa de una hija para recuperarse de un problema estomacal y del dolor por una caída, pero agregó: “ya tengo dos meses, pero empecé a venir a darle vueltas a la casa, pues, *es que me da lástima que el muchacho se esté solo* también. [...] Y ya cuando él se levanta pues yo le hago comida pa’ que coma”.

En el discurso de Diana y de Tina apareció la idea de *lástima* porque los hombres a quienes atienden tengan que hacer sus propias actividades domésticas como lavar ropa, hacer su comida, limpiar su casa, si bien ninguno de estos hombres tiene impedimento físico o mental para llevar a cabo dichas actividades. Ellas dijeron que los atendían porque *son solteros*. A partir de sus testimonios se puede inferir que el trabajo doméstico es asumido como algo que corresponde a las mujeres realizar.

En general, las actividades que realiza Diana no son agotadoras, pero algunas sí requieren un gran esfuerzo, como ir al súper a comprar la comida una vez por semana. La dificultad de esta actividad está en que para Diana es complicado subir a los camiones que tiene que tomar para ir y volver del lugar donde compra sus alimentos. Algunas actividades del trabajo doméstico las hace su hijo ante la incapacidad física de Diana, como ir por agua cuando el servicio está suspendido en su vivienda, ya que ella no puede cargar cosas pesadas –“no tengo agua yo y ya ahí, en frente, el muchacho mío me trae en cubetas”. Finalmente, respecto al entrelazamiento entre las actividades de cuidado y del trabajo doméstico, Diana señaló que orienta, adecua o interrumpe sus actividades según sus necesidades y condición de salud. La limpieza del hogar destaca como una medida preventiva para evitar infecciones y proteger la salud en general:

Diana: pues cuidados de que haya una casa limpia, el baño limpio para no agarrar una infección, todo eso [...] los trastes, hacer la comida, barrer, lavar cuando lavaba, [...] no lavo ahorita porque me... porque este brazo me caí y me duele el brazo aquí así, pues me canso, me duele el brazo, me duele la espalda para barrer así. Me canso, y luego para lavar los trastes tengo una mesita y de ahí yo estoy lavando los trastes y me canso, tengo que descansar. Y allá con mi hija no. Como tengo el lavatrastes, está a la altura mía, pues no, no tengo que... y allá no me canso, los lavo muy a gusto los trastes.

En el caso de Diana también aparece el trabajo doméstico como una actividad significativa en sus interacciones como lo que puede ofrecer a los demás. Respecto a los días que visita a sus hermanas y a su hija, señalaba la importancia de ayudarlas. En el fragmento siguiente se puede observar que para Diana las actividades de ayuda o asistencia a otras personas, particularmente miembros de su familia:

Diana: sí, a lavar trastes, no falta para lavar trastes, me encanta a mí lavar trastes {ríe}. Aquí con una amiga, le lavo los trastes el domingo. [...] Y luego voy allá con mi hija y le lavo los trastes. [...] Sí, es que uno donde va y come... aunque no coma, de todos modos, ayudar a la persona para que... Yo siempre he ayudado a mis hermanas y a mi hija también. [...] Le ayudo a alzar la casa a mi muchacha. Le lavo los trastes, le barro a veces, así, le barro, le

recojo lo que esté mal puesto. O si tengo que lavar mi ropa pues la lavo, aprovecho que estoy sola y lavo la ropa. [...] También cuando no tiene clases mi nieto, no vengo [a la sesión del GAM] para no dejarlo solo.

En las tareas cotidianas de Diana, limpiar y cocinar son los aspectos más importantes del trabajo doméstico que lleva a cabo. En cuanto a la cocina, evita lo laborioso porque está lastimada del brazo y se cansa. Mencionó que le gusta hacer pasta “porque es más rápida” para preparar: “Yo namás pongo a hervir y le echo la sopa. Es más rápido”. O los embutidos Bolonia, que sólo “sanchocho con un poquito de aceite [y] cebolla [y] tomate”. Señalamientos de este tipo apuntan a la relación que puede haber entre la calidad de la alimentación y el tiempo y la capacidad de una persona para preparar comida.

Por otra parte, es importante señalar que otro elemento presente en los alimentos que se elige comprar y cocinar es la condición económica. En el caso de Diana, cabe mencionar que ella depende del apoyo de PROSPERA, a través del cual recibe menos de \$1,500 pesos mexicanos cada dos meses. Según Diana, su hijo, aunque “toma”³², le “ayuda” con \$500 pesos por semana, con lo cual compra comida para ambos, mientras que lo que recibe de PROSPERA prefiere reservarlo para el pago de servicios como electricidad y agua, compra de garrafones de agua purificada, y transporte. En este contexto, se entiende que Diana elija los alimentos de menor precio además de los menos complicados para preparar.

Otro aspecto del trabajo doméstico de Diana es que aparece como algo que se hace y queda tiempo no ocupado que puede dar lugar al aburrimiento: “Pues yo, cuando estoy en mi casa, yo barro, yo trapeo, yo limpio el baño, lavo los trastes, pongo comida y ya. Ya cuando se acaba el negocio ya me enfado porque televisión no tengo”. Esto permite recordar la casa

³² Se emborracha con frecuencia.

como el espacio principal de las mujeres que participaron en esta investigación, donde la actividad principal es el trabajo doméstico y pareciera que fuera de él hay escasas opciones para desarrollar la vida cotidiana.

En el caso de Diana, la carga de trabajo doméstico no es extenuante y no impide que ella lleve a cabo ciertas actividades relacionadas con la autoatención, tales como preparación de alimentos, descanso, y horarios estables para comer. Sin embargo, permite pensar en lo que hay después del trabajo doméstico, que, al ser el espacio donde se desarrolla y adquiere sentido la vida de muchas mujeres, en su vejez empieza a ser menos demandante e incluso tiende a desaparecer.

En este sentido, varias participantes señalaron que aparte del trabajo doméstico ya no tienen opciones de ocupación o éstas son muy escasas. Diana señaló que, al aburrirse en su casa, prefiere asistir a las sesiones del GAM: “[Vengo] porque me desenfado de estar en la casa y todo. A veces estoy sola en la casa y así siquiera veo otras caras, ¿no? Y platico”. Es importante considerar que, si el trabajo doméstico y la convivencia con otras personas se va diluyendo, la necesidad de relacionarse y ocuparse llevará a las mujeres a buscar espacios donde puedan ser parte de algo. Diana cuenta con el GAM, donde las participantes hablan sobre lo que les sucede en la semana y de las relaciones significativas para ellas. En él celebran su cumpleaños, el día de las madres, y organizan paseos una o dos veces al año. Gracias al grupo, “se hace corta la semana” (Ema).

El grupo es un espacio para la vigilancia de sus niveles de glucosa, pero también un momento de relajación para sí mismas donde se permiten reírse grupalmente de chistes de connotación sexual que elaboran y mencionan sutilmente en el intercambio verbal cotidiano. Algunas

encuentran compañeras a quienes contar sus preocupaciones y otras despliegan su rol de proveedoras de atención al llevar alimento para otras y estar pendientes de la salud de sus compañeras a sabiendas de que las preocupaciones y el sufrimiento, en general, es interpretado como causa de alteración de la glucosa y la presión arterial.

La mayoría tiene una hora característica de llegada, su lugar, la persona a lado de quien se sienta. Este aspecto del GAM lo reconocen las participantes y el personal médico. En el caso de Isa, quien manifestó a su médica lo que está viviendo con su esposo, dijo estar de acuerdo con ella en que la importancia de no dejar de asistir al grupo está en que “ahí platica y ve a otras personas”. Es pertinente considerar qué otras opciones para convivir y ser parte de un círculo social tienen las mujeres en condiciones similares en Hermosillo.

Tina, por ejemplo, manifestó que lo que más le genera preocupación es pensar en su soledad, la cual ha sido muy difícil de subsanar desde la muerte de su madre. Esta situación tiene marca de género ante la dificultad de ser escuchada en un entorno familiar donde ella es la única mujer:

Tina: Se fue mi amá y nos dejó solos. [...] Y yo, sola, porque soy la única mujer. Digo yo: ¿Por qué mi amá no tuvo otra mujer donde yo dijera “voy con mi hermana” o “yo cuento con una hermana”? Porque no es la misma contar con un hermano que con una hermana. [...] La diferencia es que yo no les puedo contar nada a mis hermanos lo que yo siento, lo que yo estoy pasando, lo que yo pienso, lo que yo sufro. No le puedo contar a mi hermano: “fíjate que me siento así, o me duele aquí, me duele allá”. No es la misma platicarle a un hombre que a una mujer. [...] Pues somos mujeres, de igual a igual. Yo le cuento a mi hija ésta y me dice “fíjese, amá, que yo también así, a mí también así me pasó”. Yo le cuento a un hombre y: “¡Pues sabe!” {Alza los hombros y muestra las palmas de las manos} “¡Yo ni siento!”

Tina señaló después que, aunque no se ha atrevido a contarles ciertas cosas a participantes del GAM, sí es el grupo un espacio donde puede platicar con personas similares a ella. Ahí,

tan sólo compartir los resultados de la toma de signos hace menos pesada la carga del padecimiento:

Tina: Saber de mí y ya se comenta con las demás porque ya tú sabes que “Ay, ¿cómo te salió la azúcar?” Y “¿Te subió la presión?” Por ejemplo, doña Laura: “Ay, verá que cómo me subió la presión, doña Tina” “¿Sí?” le digo, “¿Cuánto le salió a usted?” “Pues tanto”. “No, mire, a mí cuánto me salió”. Y ya más o menos te sientes ya mejor que no estés clavado en como sales. Yo me siento más a gusto así. Ahí se comenta muchas cosas uno. Ya ves que hasta se le borra a uno todo porque ya ves que no falta plática que se haga.

Para Sandra, el grupo es el único lugar fuera de su casa y las de sus hermanas a donde puede acudir y ser parte de otras relaciones por afinidad a partir del eje del cuidado a sí mismas y a sus familias. Esto coincide con otras investigaciones como las de Arganis (1998, 2004), respecto a que la identidad como *diabéticas* se comparte en el grupo como un espacio para convivir, fortalecer una actitud a favor del cuidado y compartir recomendaciones para llevarlo a cabo.

Sandra: Muchos motivos tengo {para ir al grupo} porque tengo muchos hijos, nietos. Y yo misma. [...] He de ver, pues, a tantas personas que estamos iguales, iguales, enfermas, y que nos tenemos que cuidar. Y he tenido pues muchas amistades [...] No, y todo lo que yo les digo, les enseño, les platico, se interesan. Más las hijas, ¿no?, que son más más directas con uno”.

Tina

Tina, que vive con su esposo, es otra participante cuya carga de trabajo, en su opinión, no impide que ella tenga suficiente tiempo libre. De hecho, al preguntarle si le gustaría tener menos trabajo en casa, exclamó: “¡No, no! Está bien así”. Esto tiene relación con lo que ya se ha abordado, respecto a que el trabajo doméstico ha sido para algunas mujeres, entre ellas Tina, su actividad principal e incluso única durante toda su vida desde que contrajo matrimonio.

Su día empieza entre las 6:00 y 7:00 horas. Sus primeras actividades son el aseo personal, su inyección de insulina, tomar una taza de café con leche y el medicamento para la presión. Después, prepara el desayuno que su esposo lleva al trabajo. Algunas veces sale a caminar entre las 6:30 y las 8:00 horas y, cuando regresa, barre, riega la calle, el porche y el patio antes de preparar su desayuno. Los viernes, que asiste al GAM, empaca el desayuno para consumirlo en el grupo.

Después de desayunar, hace limpieza de la cocina, lava trastes, recoge y almacena basura, tiende dos camas, barre y trapea la casa. También lava el baño, limpia muebles, ventanas, puertas o calzado según se requiera y haya tiempo. Después de la limpieza, prepara ensalada o corta fruta para ella y ve qué va a hacer de comer –en sus palabras: “me pongo a barrer, a trapear, a lavar el baño, sacar los botes, la cocina, barrer el corral³³, barrer la calle, y luego correteando lo que voy a hacer de comida, todo eso hago”. Entre las 12:00 y 14:00 horas cocina, y entre 14:00 y 15:00 horas come con su esposo.

En la cocina, Tina pone especial atención en usar pocas cantidades de sal y en procurar que la comida tenga la menor cantidad de grasa posible: “todos los pellejitos que vienen. [...] A la carne, cuando la pongo a cocer, le quito toda la grasita que tiene. [...] Arriba de la comida le viera si tiene mucha grasa”. Tina hace comida para los demás y comida para ella, o no come de todo lo que hace. En cuanto al agua, aparta para sí una jarra sin azúcar.

En las tardes, después de la comida, Tina guarda los alimentos que quedan y vuelve a lavar trastes y a limpiar la cocina. Cuatro veces por semana lava ropa. Con menos frecuencia acomoda ropa, hace cuentas, elabora tortillas, o se prepara algún remedio casero para el

³³ patio

insomnio. Todos los días tiene tiempo para leer el periódico y alrededor de cuatro tardes por semana hace siesta. Los sábados y domingos suele atender visitas de sus hijos y nietos y pasa casi todo del día con ellos.

Una vez por semana, Tina acude a la casa de uno de sus hermanos para hacer la limpieza de su casa, lavar su ropa y cocinar. Suele hacerlo los viernes después de la sesión en el GAM y regresa hasta el atardecer a su casa. Ella explicó que cocina y hace la limpieza en la casa de su hermano porque “es soltero” y cuando su madre falleció, le prometió a ella ver por él. Cabe mencionar que Tina cuidó a su madre gravemente enferma por aproximadamente un año hasta que murió, lo cual justificó como su deber “por ser la única mujer” en su casa, ya que sólo tenía hermanos hombres y, además, “estaban casados”, es decir, su responsabilidad era con sus cónyuges e hijos.

Si bien ella también estaba casada y tenía hijos en la pubertad, para Tina tuvo especial importancia el cuidado de su madre: “sí, estaba casada, sí, también. Pues [...] se enojen o no se enojen, yo me voy con mi amá”. Tina tuvo una carga intensa de trabajo doméstico durante el último año de vida de su madre, a lo cual ella atribuye, en parte, que ella también se haya enfermado de diabetes:

Tina: Todos los días venía mi hermano; a las seis de la mañana venía por mí y me llevaba. “Tina, vámonos con mi amá”, “vámonos”. Y allá pasaba toodo el día: desayuno, comida y cena. En la noche, que llegaba mi hermano, ya cenaba mi amá, le cambiaba de pañal, le daba los medicamentos. [...] Pues de ahí, dijo el doctor –porque yo me sentía mal– me dijo que era estrés el que tenía [...] Pues yo sé que eso era. [...] [Y] de ahí empecé a ir al Seguro. [...] Lo que tenía que mi amá, que licuarle toda la comida porque no la comía por la boca, la comía mi amá por un hoyito que tenía aquí en el estómago. [...] Yo tenía que moverla [**y bañarla**] [...] Y a veces que yo sola. Yo sola estaba. Porque pues cada uno de mis hermanos pues unos estaban casados, otros se iban a trabajar. [...] ¡Sí! No se enojaba mi esposo, ni nada, sino que únicamente decía: “Es que, Tina, tú te vas a cansar, te vas a agotar, ¿y qué vas a hacer?” “Ni modo” le dije, “Dios me va a dar mucha fuerza pa’ sacar adelante a mi amá. Si Dios quiere, me la va a prestar y, si no, pues solamente él sabe” le dije. No duró mucho tiempo mi amá.

Por eso le digo que todo eso que yo anduve con mi amá, en cuanto murió mi amá, al siguiente año ya me fui al Seguro.

No sólo el deber atravesó la disposición de Tina para atender a su madre. También está la empatía, el agradecimiento, el cariño, los vínculos de confianza y el apego que sólo tenía con su madre:

Tina: ¿Qué no quería yo que me diera mi amá? “Mamá, ¿me compras esto?” [...] “Amá, voy contigo” [...] Y no faltaba qué le pidiera yo a mi amá. Pero, la verdad, yo veo gente así y digo yo “¿Por qué tienen mamá y yo no?” [...] Yo cuando voy al panteón, mire, yo platico [...] Me pongo a hablar: “Amá, mira, esto [...] me pasó. [...] “Mamá, cuídanos donde quiera que andemos”. [...] Yo me siento sola desde que no está mi amá.

Respecto al cuidado que Tina hizo de su madre cuando ésta vivía, se puede relacionar esta experiencia con el conocimiento que adquirió sobre la enfermedad y cómo prevenir sus complicaciones.

Tina: Yo le hacía la cocina como... pues entonces yo iba al Seguro con ella. [...] Nos daban una hoja: las comidas que le podía dar. Y de ahí se me metió a mí [...] Y de ahí me fije las comidas que no podía de comer. Por ejemplo, principalmente, la leche no la tomo. Y si la llevo a tomar debe ser deslactosada light, para tomar un traguito de café, nomás. Y todas las verduras [...] aguacate no.

Para Tina, sus actividades domésticas están primero, pero busca la manera de que pueda salir a caminar, independientemente de sus actividades en casa:

Tina: Cuando no puedo ir en la mañana, no voy en la mañana [...] porque no falta qué haga: si pongo frijol, tengo que apagar la estufa; si voy a lavar, por ejemplo, ahorita en la mañana ya lavé temprano, [...] entonces dije: “me voy a apurar, primero lavar y en la tarde ya me voy a caminar”. [...] Camino tres, cuatro vueltas, pero no las hago corriendo, tampoco. Camino. Camino. O si es una hora, pues qué bueno, y ya me vengo y hago mi negocio. Pero sí camino, y tres, cuatro vueltas, calmada me las doy. [...] Cuando voy a donde mi amá, subo un cerro.

Respecto a las caminatas que realiza Tina, durante el desarrollo de este análisis, se preguntó si su resistencia a hacer ejercicio con intensidad tenía relación con la necesidad de distribuir la energía entre su caminata y las actividades domésticas o si había otras razones.

Tina: pues no, porque me agito y me canso y ya no hago nada, [...] ya no me dan ganas de hacer nada. Pero yo le sigo, de todas maneras, de todas maneras. Me tomo un vaso de agua, reposo un ratito y ya a lo que voy [...] Yo voy caminando despacio, calmada. Yo le doy la vuelta, tres cuatro vueltas le doy a los campos y me vengo más a gusto. No me canso, no me agito ni nada, pero hacerlo despacio. Despacio, así lo hago.

Tina mencionó que no le gustaba agitarse ni cansarse, que son sensaciones que le desagradan y, al parecer, no le ve una utilidad: “Es lo que no me gusta, que me agi- ¡es que me canso! [...] Y después pienso: “¿Pa’ qué? Mejor me voy caminando. ¿Pa’ qué me voy corriendo? Ahorita ya de todas maneras las voy a hacer **[las vueltas a los campos]**”. Al mismo tiempo, expresó gusto por hacer las cosas *con calma*.

La resistencia al ejercicio porque produce dolor y cansancio se encontró en otras participantes, quienes señalaron que las caminatas, correr, u otros deportes no formaron parte de las actividades que llevaban a cabo en su vida cotidiana en el pasado, mientras que también expresaron su gusto por la *calma*. Además, en su discurso, incluyeron sus actividades cotidianas como equivalentes a hacer ejercicio, como Karen, quien además del calor, señaló que en su trabajo ya tiene bastante actividad física: “pero ¿qué más quiere? Si subo charolas, dos pisos, bajo, todo el día subo, todo el día bajo. Eso ya me imagino que es ejercicio. [...] No me llevo sentada”.

El trabajo doméstico acercó a Tina a la experiencia de su madre con la diabetes, a partir de lo cual se dispuso a una atención para evitar las complicaciones que vio en ella. Sin embargo, también influyó en que estuviera en una situación permanente de estrés. Actualmente, el

trabajo doméstico de Tina no implica estrés ni cansancio, ni le impide llevar a cabo las caminatas, asistir al grupo, tener un horario estable de comida o preparar sus alimentos, que son las actividades que vincula con la atención de su salud.

Coral

Coral recibe apoyo para las actividades que tienen que ver con la compra de los insumos necesarios en su vida cotidiana. Esto es implica un reparto del trabajo doméstico en su familia que, para algunas participantes también existe en alguna medida en el caso de Sandra e Isa. Coral tiene jornadas similares a Salma, si bien una diferencia importante es que Coral no tiene automóvil, por lo que sus hijas y yernos se encargan de llevarle alimentos y otros productos. Ella sale cuando dentro de su misma colonia puede adquirir lo que necesita. Generalmente, su día empieza entre 6:00 y 7:00 horas. Lleva a cabo oraciones cuando despierta. Después de bañarse, toma los medicamentos, prepara café y, a veces, *burritos* para no ingerir las pastillas sin alimentos.

Alrededor de las 9:00 horas, prepara y consume su desayuno, a lo cual sigue la limpieza del hogar según lo que quiera o necesite hacer cada día. En cuanto al trabajo en la cocina, a veces prepara para ella algo distinto de lo que hace para su familia, como se detalló en el capítulo anterior. Según el tipo de comida que vaya a hacer, Coral empieza a cocinar alrededor 12:00 horas, actividad que le agrada realizar en calma, sin estrés y donde puede poner sus condiciones, ya que frecuentemente cocina para sus hijas, nietos y yernos, quienes llegan por las tardes a convivir con ella:

Coral: Vienen a comer a las 3:00 de la tarde, pero yo a eso de las 12:00 ya me pongo a hacer la comida despacio, calmada para que esté listo. No me apuro, pues, y *eso es lo que me gusta, todo calmado. Todo hago calmada*. Y hay veces que tengo una hija que me dice:

- Amá –me dice
- Quiero esto de comida
- Y le digo yo:
- [...] Bueno, no tengo nada
- Yo se lo voy a llevar
- Bueno, para tales horas quiero aquí las cosas. Si para las 11:00 no me traes aquí las cosas, no hay, yo voy a hacer lo que pueda, yo no quiero estar estresada –le digo.

Porque ella es de las que “Amá, le voy a llevar esto” y hay veces que me llegan ya cuando van a venir a comer y ahí ando apurada haciendo la comida. “No”, le digo, “no me andes estresando”.

Este comentario permite introducir el elemento de la resistencia al estrés en las participantes.

Las mujeres que viven solas tienden más a realizar trabajo doméstico en tanto es útil, necesario y se relaciona con la convivencia con la familia, pero ponen por delante la tranquilidad y la importancia de evitar el estrés, de manera que las labores cotidianas no sean fuente de cansancio y malestar, sino que permitan conservar la casa como un espacio cómodo donde se realizan actividades que satisfacen y, a la vez, se pueden hacer con calma. En el siguiente fragmento de la conversación, también aparece el desenvolvimiento en el espacio de la casa como una atribución aceptada y apropiada por la informante, donde es importante estar en calma:

Coral: Y ya cuando me casé ya dejé de trabajar y ya no volví a trabajar porque ya mi esposo no me dejó; no quiso. “No, no, no. Te quedas en la casa”. Pues ya me quedé. Y como él me podía tener bien, me podía dar todo, pues ya no batallé, siempre tuve todo, gracias a Dios, por él ¡No! yo estaba bien la casa. Es que yo soy muy de la casa; a mí me gustaba estar en la casa. Me gustaba tenerla limpia, hacer todo. Siempre he sido así. Yo, por ejemplo, ahorita, si me invitan alguna parte a salir, pon tú que me vaya en la mañana, ya para mediodía, ya quiero estar en la casa. No... no sé estar mucho fuera de la casa. [...] Sí, pues ya me gusta... es que me gusta estar aquí en la casa porque me gusta ponerme a limpiar. [...] *Lo trato de hacer despacio*. Si lo hago, bueno; si no lo hice...”.

La condición del trabajo y el espacio doméstico como lo conocido y lo que se vive con agrado se conjuga con una actitud favorable hacia él a partir de que a través del mismo las participantes sostienen, ante sí mismas y los demás, una imagen de ellas como personas

activas. Esto se manifiesta en expresiones frecuentes con las que las participantes reiteran su actividad: “Yo no soy de las que estoy sentada, ¿me entiendes? Ahorita estoy porque estoy platicando contigo, pero, si no, ya anduviera buscando qué hacer arriba”. En este sentido, el trabajo doméstico parece tender un puente entre el cuidado y la comodidad en una etapa de la vida donde se percibe que el cuerpo ya no tiene la misma fortaleza que antes, pero hay que moverse:

Coral: ya no me rinde, ya no puedo como antes que hacía las cosas rápido, que “Ay, voy a hacer esto en un ratito” y ahora no [...] Ya me detengo, pues, en muchas cosas y no es la misma ya con la edad. Ya vas entrando en edad y ya ves que no es la misma, no.

Sandra: pues haz de cuenta que no todos los días muevo todo porque no puedo. Me doy mi tiempo, ¿no? porque a veces sí me siento cansada y a veces no, amanezco muy bien. Y a veces amanezco más... digo, de menos humor, pero siempre trato de no hacerle caso cuando amanezco así; ya me pongo activa.

En cuanto al cuidado a otros, Coral ha cuidado a sus nietos cuando sus hijas lo han necesitado, pero señala haberlo hecho con mucho gusto y por periodos cortos: “pues no, yo aquí he cuidado a mis nietos, nomás, pero eso mientras los pueden llevar a guardería”. Hacia el final del día, Coral se hace de cenar, lo cual resuelve en poco tiempo al tratarse de preparaciones sencillas: un licuado, una quesadilla, cereal con leche, yogurt con fruta, huevo; y se acuesta a ver la televisión en espera de poder dormir, ya que su dificultad en la vida cotidiana es el insomnio. Los fines de semana convive con sus hijas, nietos y yernos.

Como en los casos de Tina y Salma, para Coral el trabajo doméstico no es un estorbo sino una posibilidad de mantenerse activa y de convivir con su familia. Si bien ella es la encargada de la limpieza de su hogar y la preparación de alimentos, cuenta con apoyo de sus hijas y yernos para su movilidad y para la compra de la comida que consume, por lo que no todas las actividades relacionadas con su hogar las hace ella.

Karen

Karen, en cambio, es la participante que permanece menor cantidad de tiempo en su casa debido a que tiene un empleo entre las 7:00 y 13:00 horas como cocinera en un preescolar que es propiedad de su hija. Dado que su trabajo es cocinar y ahí desayuna, toma colación y come, en su casa sólo prepara sándwiches, pone el café, o pica fruta.

Sus actividades domésticas consisten en levantar la basura del patio –una vez por semana–, limpiar las tres habitaciones de su casa –según las ganas–, lavar su ropa –una vez por semana– y los trastes –diario–, además de ir a comprar su comida, para lo cual camina si el establecimiento donde compra está en su colonia o en una colonia cercana, o toma su automóvil para ir a algún mercado o supermercado en función de sus necesidades. Dice que, para ella, sus actividades no son pesadas, las hace cuando quiere y todavía es veloz y fuerte. También señala que descansa el tiempo que le place y que le gusta limpiar.

Como una actividad recreativa y relacionada con los vínculos entre Karen y sus hijos y nietos, algunas veces ella cose ropa para ellos:

Karen: por ejemplo, yo, me gusta mucho coser. Me pongo a coser. [...] “Mira, ma, ¿no me puedes hacer esto?” Y así me llevo. [**A mi**] bisnieta, que es mi ahijada [...], yo me pongo y le hago vestiditos. El sábado, que me visita; el domingo, que viene, ya vengo y ¡qué le hace que se lo ponga una vez! Ella vino y se puso el vestido muy contenta porque yo me entretuve haciéndole vestidos, haciéndole costura.

Finalmente, como algo que también ocupa el tiempo y el ánimo de Karen se encuentran las preocupaciones. Aunque Karen no relacionó las preocupaciones con el incremento de glucosa, sino el hecho de abandonar el medicamento; sí mencionó que salir a caminar le

ayuda en el sentido de que olvida los problemas de los hijos, y de ahí que eche de menos no poder ir al parque por las altas temperaturas (la entrevista se realizó en verano):

Karen: cuando tiene uno hijos, todos los días tiene uno preocupaciones. Cuando no es uno, es otro. El que tiene algún problema, el problema lo haces tuyo. Yo los hago míos. Aunque ellos no lo sepan, pero yo los hago míos. Y ellos aquí vienen y a mí me cuentan porque esto les está pasando y [...] sí es cierto, les doy ánimos o les digo cómo se haga, o que... o lo que tú quieras, pero la preocupación es mía.

Si bien las preocupaciones no se refieren a servicios cuyo bien es material o el resultado es evidente e inmediato, puede ser interpretado a partir de su relación con el cuidado, ligado a una práctica atribuida a las mujeres como *madresposas* (Lagarde 2005). Esto también se halla en el caso de Fátima, quien se mostró preocupada por la forma en que sus nietos tratan a sus hijos, lo cual le causa “mortificaciones”:

Fátima: si acaso ya después ellos vuelven, ellos vienen solos, yo los agarro, yo hablo con ellos yo, pues como les digo yo a ellos, si yo nunca los trate así ¿por qué ellos tratan así a los hijos? y pues a ellos no les gusta ahora que nadie les diga nada; no aceptan y *ni modo*, [...] *pero sí, sí me mortifico*.

Karen puede decidir cuándo y hasta dónde realizar actividades de limpieza y otras que son parte del trabajo doméstico en su hogar, sobre todo si está sola. Por otra parte, este tipo de labores están muy relacionadas con la convivencia con sus hijos, nietos y amistades y, con ello, se vincula con sus posibilidades de tener actividades recreativas. Al parecer, el trabajo doméstico a su cargo no implica su agotamiento físico ni impide sus actividades de cuidado, al menos en la actualidad, sino que se integra a su atención porque está dirigido a sus necesidades.

Fátima

Fátima no tiene horarios, excepto los viernes que asiste a las sesiones del GAM. Empieza y termina sus actividades cuando se despierta, cuando tiene ánimo, o cuando puede en caso de haber salido o de haber estado delicada de salud. Sus actividades domésticas giran menos en torno a la preparación de alimentos, y más respecto a la limpieza de su casa como una necesidad, por lo que las lleva a cabo, aunque sea complicado por el dolor que siente cuando hace ciertos movimientos:

Fátima: Aquí ahorita, por ejemplo, yo me levanto en la mañana y es de levantarme, ir a limpiar porque mi animalito chiquito es muy travieso. Todo desbarata, todo desparpaja y me deja un basural desparramado por todo el patio. Yo ahorita lo primero que hago en la mañana es salirme, barrer, recoger basura, recoger suciedades y lavar bien los pisos. Ahí está limpio; está lavado todo, entonces por eso me canso. [...] Yo quiero mucho a mis animales {dos perras y tres gatas} *Y esos son mis hijos*. [...] Me agacho y hago esto y me agacho y hago lo otro, eso sí me hace daño, pero tampoco no puedo vivir en la basura. Cómo voy a permitir que se me acumule ahí el pinche basural y yo acostada poniendo la cabeza en la ventana. Óyeme, pues no, no es justo. No te digo que soy una mujer “uh, qué limpia que nomás me llevo...” No, no, no, no, pero sí de vez en cuando sacar la basura. [...] Para barrer, barro por pedazos. Vengo, barro la cocina, me voy a sentar. Vengo, barro la sala, y me tengo que ir a sentar. Entonces barro a repelones porque estoy barriendo y de repente siento aquí así [**dolor en el vientre**]. Y ya.

Asimismo, tampoco tiene días fijos para lavar el baño o su ropa –a mano–, sino que lo hace cuando mejor le parece sin ajustarse a una rutina. Lo mismo con el descanso, según lo necesita y puede llevar a cabo:

Fátima: todo el tiempo me ha gustado lavar de noche, siempre [...], pero soy de las que yo me pongo a lavar en el momento en que yo... Yo tengo que echar todo fuera porque si no, otro día no me dan ganas de hacer nada, me paso acostada todo el pinche día, porque no me da ganas. Me acosté tarde, me levanté tarde y si mi cuerpo tiene que descansar porque me da sueño, como y voy y me vuelvo a acostar y vuelta a dormir. Ya duermo hasta que me lleno y ya mi cuerpo se compone. [...] Lo indispensable, nomás. Levantarme a hacer la comidita, el desayunito, la comidita y párale de contar.

Finalmente, cabe mencionar que Fátima considera como algo no favorable el que sus familiares la visiten porque le dejan la casa desordenada, de modo que prefiere estar sola.

Fátima: **[Es mejor]** yo sola. [...] Vino mi nieta, estuvo aquí, pero para mí eso no es cuidarme. Se van y me dejan la mesa ¡PUAJ! [...] ¿Sí me entiendes? [...] Y a lo mejor ya ni se para mi nieta porque esta vez que vino le dije “¿Ya viste cómo está la mesa? Limpiecita. ¿Viste cómo está allá? Escombrado. Así quiero. Te vas a ir, no quiero sartenes en la estufa, no quiero...” [...] “Ahí están los trastes, me los lavas, que no quiero trastes sucios”. Se enojan. Se enojan, pero no es justo que yo todo el tiempo, después de que ellas se van, tengo que andar en friega. Los juguetes de la niña: uno me dejan aquí, otro me dejan allá. [...] Óyeme, si saben de dónde agarran las cosas ¿por qué no las vuelven a poner donde mismo? [...] Por eso no me visitan, porque dicen que soy muy jodida {ríe}, pero ni modo, qué vamos a hacerle.

Lo que manifestó Fátima puede ser un ejemplo de cómo los otros esperan que las madres y abuelas se encarguen del trabajo doméstico. Para esta participante, su negativa a hacer trabajo doméstico de limpieza por las visitas de sus hijos y nietos ha dado lugar a una sanción para ella, la cual consiste en el alejamiento de estos parientes. Fuera de esto, dado que Fátima decide qué trabajo doméstico hacer, cuándo y cómo en función de sus necesidades y situaciones cotidianas, no representa para ella un obstáculo para realizar las actividades de autocuidado que puede hacer. Por otra parte, es importante recordar que, si bien el trabajo doméstico en este momento no es un impedimento para su cuidado, en el pasado sí vivió con desventajas que afectan más a las mujeres como haber vivido violencia de su cónyuge, haberse quedado como la única persona a cargo de sus cuatro hijos desde pequeños y, posteriormente, de sus nietos; tener doble jornada, empleos precarios y llegar a la vejez sin una pensión. En su caso, la dificultad más grande para su cuidado tiene que ver con la dificultad para comprar alimentos, sobre todo frutas y verduras.

Conclusión

En este apartado se pudieron observar las relaciones entre trabajo doméstico y autoatención en los casos de mujeres que no cuidan a un menor, a otro adulto mayor o enfermo. Una primera conclusión de lo visto en este capítulo es que el trabajo doméstico no agobiante permite a las participantes cumplir el rol que siempre han tenido y a la vez tener la posibilidad

de aprovecharlo en actividades de autocuidado que consisten en preparar alimentos recomendables y en convivir con su familia. Sin embargo, también es importante considerar que dedicarse al trabajo doméstico ha sido para estas mujeres una ocupación de toda la vida que ha colocado a la mayoría de ellas en una condición de dependencia y precariedad económica, lo cual dificulta la atención de su salud al impedirles adquirir alimentos y depender de lo que familiares y conocidos les dan, en varios casos, de manera irregular y poco frecuente.

Apareció también en este grupo el trabajo doméstico como una actividad que se agota y deja un vacío ante la falta de familiaridad con otras formas de invertir el tiempo, particularmente en casos donde las mujeres cuentan con escaso apoyo social fuera de la familia y/o salen poco de casa. Esta situación, si bien da cuenta de una carencia, favorece una de las actividades más importantes de cuidado en las mujeres entrevistadas, que es revisar constantemente sus niveles de glucosa en el grupo de ayuda mutua, ya que hacerlo va de la mano con la posibilidad de tener un espacio de convivencia con pares, lo cual, como se explicó en el capítulo 3, está relacionado con la disminución del estrés. Esta es otra forma en la cual ser encargadas del trabajo doméstico y permanecer en la casa influye en la autoatención de estas mujeres, al orientarlas hacia la búsqueda de un espacio fuera de la casa donde puedan tener actividades de cuidado, recreativas y de convivencia.

5 Conclusiones

Este trabajo de investigación se propuso dar respuesta a la pregunta de cuál es la relación entre trabajo doméstico y autoatención de adultas mayores con diabetes. Para contestarla, se identificaron algunos elementos que dan cuenta de la *autoatención* a partir de la *experiencia del padecimiento*, en los cuales se involucran aspectos como su condición de género, el grupo de ayuda mutua al que se han integrado, la aceptación de ser *diabéticas*, la intervención o no vinculación de su *familia* con su atención, lo que *conocen* de la enfermedad, la *forma* en la cual la han vivido y el *contacto* que han tenido con el *personal de salud* para atender la diabetes.

Una parte de los datos cualitativos que sustentan este trabajo se obtuvo a partir de la observación de la mayoría de las sesiones que tuvo un grupo de ayuda mutua (GAM) adscrito a la Secretaría de Salud entre diciembre de 2016 y julio de 2017. De dicho grupo, se conversó por aparte, y por separado, con diez adultas mayores sobre su padecimiento, sus formas de autocuidado y el trabajo doméstico que llevan a cabo.

Respecto a la relación entre experiencia del padecimiento y autoatención, se pudo identificar que con base en las manifestaciones de la enfermedad que han vivido, de la información que tienen sobre ella, los efectos de la diabetes que han visto en otros y la adaptación que hacen de las indicaciones y recomendaciones del personal de salud a su condición, las participantes elaboran *saberes* a partir de los cuales buscan llevar a cabo ciertas actividades orientadas a conservar y mejorar su condición de salud. Es decir, construyen su *autoatención*, que es resultado de toda una experiencia de vida, en la cual está incluida su integración al GAM.

Entre los saberes más importantes, está que el *azúcar* (glucosa) se regula en función de la comida que se consume tanto en calidad como cantidad, lo cual es constantemente comprobado por ellas a partir de la revisión constante de sus niveles de glucosa en el GAM. A partir de esto, las sesiones del grupo son muy importantes como parte de las prácticas de autoatención de las participantes de esta investigación, quienes utilizan el servicio de toma de signos como una herramienta a través de la cual afianzan sus saberes y deciden si la alimentación que han tenido en cierto periodo –generalmente, una semana, ya que cada semana tienen toma de signos– permanece sin cambios o se modifica.

Para varias de las adultas mayores entrevistadas, lo que arroja el glucómetro es indicador de que la disminución de porciones y/o el consumo de ciertos productos durante cierto tiempo incide realmente en su *azúcar*, de manera que, si en algún momento ésta sube –o si reciben una llamada de atención del personal de salud–, saben qué hacer para “bajarla”. Se identificó también que el personal de salud establece con las pacientes una relación asimétrica de vigilancia, juicio y emisión de indicaciones en las cuales hay poco o ningún espacio para la explicación, sino que prevalece la prescripción. En ese contexto, las pacientes elaboran sus propias conclusiones a partir de lo que se les dice, las contradicciones que encuentran en ello y los recursos de los que pueden disponer para su atención.

Otro saber que las mujeres construyen en el GAM y que influye notablemente en su autoatención es el que se refiere a entender la atención de la diabetes como un *deber individual* de las enfermas que se basa, principalmente, en la *moderación* respecto a la cantidad y tipo de comida que se consume, en un contexto donde la enfermedad es concebida como desviación de lo normal, lo cual implica que las personas en la normalidad (sin diabetes) no tienen que cambiar sus hábitos, sino sólo las enfermas. Esto genera, en varios

casos, que en los grupos doméstico-familiares los miembros esperen que sólo la enferma cambie sus hábitos, no consuma lo que los demás comen en ciertas ocasiones, o coma poco, aunque no se modifique la alimentación de los demás. Esta situación se reproduce al interior del GAM, donde se hizo referencia en varias ocasiones a que quienes no tenían diabetes (aunque tuvieran prediabetes) podían comer ciertas cosas que tenían que evitar las “diabéticas”.

Asimismo, el consumo indiscutible del medicamento para la mayoría –y ajustable para algunas– se entiende como algo que *controla* la enfermedad, lo cual es otro *saber*. No sucede lo mismo con el “*ejercicio*”, del cual se habla de forma vaga mediante la recomendación de “salir a caminar” y sólo se ha ejemplificado en el GAM mediante “el calentamiento”. Alrededor de él, las participantes señalaron múltiples razones por las que no llevan a cabo las caminatas, pero sí el calentamiento en caso de que haya necesidad de “ayudar a la circulación” cuando sienten hormigueo en las piernas o dificultad para moverse.

También es importante permanecer *activa*, lo cual se puede conseguir al llevar a cabo las labores domésticas. En este aspecto de la autoatención, se puede ver que las participantes utilizan los recursos que ya tienen y que traducen la indicación continua del personal de salud de que “hay que caminar” a sus actividades inmediatas y conocidas, en un contexto donde salir a caminar no ha estado integrado a las rutinas de la mayoría de estas adultas mayores, y con el que asocian la posibilidad de tener una caída u otro accidente en la calle. Además, en varios casos se hizo referencia al cansancio que provocaba hacer ejercicio como algo desagradable, mientras que es deseable la *calma*, lo cual asocian con lo adecuado en esta etapa de sus vidas que es la vejez.

Asimismo, junto al descanso adecuado como coadyuvante para evitar que la glucosa suba, tiene un lugar importante la idea de que evitar las mortificaciones o el estrés sirve para tener “la azúcar controlada”. Las adultas mayores entrevistadas señalaron que para ello les ayuda asistir a las sesiones del grupo, ya que ahí se ríen, se les olvidan sus problemas, se desahogan, y se “desenfadan”.

Finalmente, es necesario tener presente que la experiencia del padecimiento está atravesada por la carencia económica, que limita o impide la adquisición de frutas y verduras y otros alimentos y, en el caso de estas mujeres, está ligada a su condición de dependientes económicos desde hace varias décadas o durante toda su vida. Esto no sólo es parte de la precariedad material en la cual varias de ellas viven al haberse quedado viudas, divorciarse y/o no tener apoyo de los hijos, sino que se relaciona con periodos largos de angustia como parte de su vida en el pasado y en el presente.

En cuanto a la relación entre trabajo doméstico y autoatención, una de las influencias del primero en la segunda tiene que ver con que ser la encargada del trabajo doméstico implica para las mujeres permanecer en la casa la mayor parte de su tiempo. En ese sentido, algunas adultas mayores señalaron que no tienen dónde más dónde estar que en su casa, más allá de que tengan pocas o abundantes cosas que hacer, por lo cual a veces se aburren, sobre todo si viven o solas o pasan mucho tiempo solas. En ese caso, asistir a las sesiones del grupo les da una razón legítima para salir de casa y les permite quitarse el “enfado” que es estar solas y encerradas, mientras que llevan a cabo la actividad de vigilar constantemente sus niveles de glucosa, que ocupa un lugar crucial en su autoatención, junto con la moderación en la comida.

El enfado al interior de la casa ocurre tanto en adultas mayores con carga de trabajo doméstico no intensa como en quienes tienen más tiempo libre. Algunas participantes que viven solas y/o tienen menor carga de trabajo doméstico, han vivido el alejamiento de los hijos y la pérdida de relaciones que dieron sentido a la vida y justificaban la permanencia de las mujeres en el hogar. A ello, se suma el hecho de que su círculo social fuera de la familia y la casa es reducido porque permanecían en el hogar y, en varios casos, dependieron totalmente de las relaciones al interior del mismo. Fuera de las labores domésticas, las mujeres enfrentan la carencia de actividades y relaciones en las que puedan ocuparse.

El GAM proporciona a las adultas mayores contacto regular con otras mujeres en una situación similar, con quienes se establece una relación donde el cuidado tiene un lugar importante y es replanteado para que las mujeres lo orienten hacia sí mismas. No obstante, por la forma en que individualiza la enfermedad y el silencio que se impone ante sus dudas e inquietudes, el grupo es un recurso con algunas limitaciones.

Por otra parte, para quienes cuidan a alguien y tienen que estar todo el día “al pendiente” de otra persona, eso les implica tener que permanecer dentro de la casa, lo cual repercute en una menor posibilidad de generar redes fuera del hogar, reduce las opciones de esparcimiento y convivencia, y contribuye a mantener una condición prolongada de preocupaciones y estrés. En estos casos, el GAM representa una posibilidad de descanso de la rutina cotidiana y favorece el contacto con pares, lo cual, al parecer, aligera la carga mental de algunas participantes.

La *carga mental* es un punto de llegada en este trabajo. En algunas investigaciones sobre trabajo doméstico, este aspecto queda fuera porque es difícil medir con criterios cuantitativos

el impacto de estar al pendiente de un enfermo, menor de edad o dependiente. Sin embargo, en esta investigación, algunas de las cuidadoras señalaron que las preocupaciones alteran su glucosa y, por ello, consideramos importante reconocer el peso que las “preocupaciones” tienen en el cuidado de las mujeres con diabetes.

En esta investigación, se encontró que las participantes que cuidan a alguien tienen una carga mayor de trabajo doméstico y de carga mental que quienes no cuidan. Si bien éstas últimas no están completamente desvinculadas de la provisión de servicios para otros ni de la carga mental, que se asocia al rol de género de las mujeres al ser su deber cuidar a su familia, tienen una posibilidad mayor de decisión respecto al tiempo que están dispuestas a dar a los demás.

Otro aspecto de la relación entre trabajo doméstico y autoatención tiene que ver con que haber estado a cargo de una persona muy enferma por diabetes o cáncer y haberla acompañado en su tratamiento y en la etapa final de su vida acerca a las mujeres al conocimiento de las complicaciones de dichas enfermedades crónicas, lo cual propicia que ellas vean más cercana la posibilidad de vivir con esas complicaciones y se propongan evitarlas a través del autocuidado.

En este sentido, el trabajo doméstico, para varias participantes, se convierte en algo útil para atender su enfermedad porque les permite cocinar alimentos que se les recomienda comer, además de que permite el descanso cuando lo necesitan, siempre y cuando no se dediquen de tiempo completo al cuidado de enfermos. Es importante reconocer que estas ventajas señaladas respecto al trabajo doméstico son posibles para algunas mujeres hasta que viven solas y mientras tengan apoyo de familiares o alguna pensión, ya que no sólo necesitan tener

la voluntad de “cuidarse”, sino soporte económico, acompañamiento, información, y tiempo para sí mismas, entre los recursos más importantes.

Para las mujeres que viven con su esposo, hijos o nietos, el hecho de que el trabajo doméstico sea agobiante o no, no depende necesariamente de la voluntad de las mujeres, sino que está sujeto a las condiciones en las que vivan los miembros del hogar, de que enfermen, tengan trabajo, cuenten con servicio de guardería, salarios dignos y de que los servicios públicos funcionen correctamente. Ante carencias y necesidades emergentes, la cotidianidad y la autoatención de estas mujeres pueden cambiar de un momento a otro porque están subordinadas a los cuidados que otros demanden y porque, a su vez, ellas dependen económicamente de otros miembros de su familia. Al lado de la especialización de las mujeres en la reproducción y conservación de la vida, se encuentran, casi paradójicamente, los obstáculos para que las mujeres atiendan sus necesidades en salud.

En suma, existe relación, a veces recíproca, entre trabajo doméstico y autoatención en el caso de las adultas mayores con diabetes que participaron en esta investigación. Si bien dedicarse al trabajo doméstico es algo que ellas han aceptado, la carga excesiva de cuidados que deben dar a otros impide o dificulta actividades de atención para su propia salud, además de que propicia un estado permanente de angustia. En algunos casos, el trabajo doméstico puede modificarse en aras de la autoatención, por ejemplo, cuando el estrés vinculado al cuidado de otra persona llega a un nivel que impulsa a la cuidadora a abandonar esa labor.

La relación entre trabajo doméstico y autoatención está atravesada por las condiciones de género, edad, estrato socioeconómico, escolaridad, así como la jerarquía entre prestadores de servicios de salud y enfermas. Esto implica que el padecimiento de la diabetes es un asunto

complejo, así como requiere ser la atención a este problema de salud pública. En ese sentido, es necesario que el Estado y la sociedad civil promuevan el reparto equitativo de trabajo doméstico entre mujeres y hombres, la atención de la diabetes en contextos de comorbilidad, el desarrollo de estrategias para comunicar mejor la información sobre la enfermedad y su cuidado, así como el combate de la corrupción y la pobreza, que inciden directamente en la calidad de vida de las personas con diabetes y en su posibilidad de acceder a alimentos nutritivos, a atención médica adecuada y accesible, y a otros servicios públicos que permitan y faciliten la actividad física, la salud emocional, y, en suma, posibilidad de mejorar la esperanza de vida saludable de la población.

6 Bibliografía

- Aguilar Salinas, Carlos, Sergio Hernández Jiménez, Mauricio Hernández Ávila y Juan Eugenio Hernández Ávila (editores). 2016. *Acciones para enfrentar la diabetes. Documento de postura*. México: Academia Nacional de Medicina.
- Altschuler, Joanne. 2004. Meaning of housework and other unpaid responsibilities among older women. *Journal of Women & Aging*, 16 (1): 143-159.
- Amador Díaz, Bibiana, F. G. Márquez Celedonio y A. S. Sabido Sighler. 2007. Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. *Archivos en Medicina Familiar*, 9 (2) 99-45.
- Asociación Americana de Diabetes. 2008. Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 31 (1): 55-60.
- Arganis Juárez, Elia Nora. 2005. La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa, D.F. *Cuicuilco*, 12 (33): 11-25.
- _____ 2004. *Estar viejo y enfermo. Representaciones, prácticas y apoyo social en ancianos con diabetes mellitus residentes de Iztapalapa*. Tesis de Doctorado en Antropología social. Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- _____ 1998. *Estrategias para la atención a la diabetes mellitus de enfermos residentes en Cosamaloapan, Veracruz*. Tesis de Maestría en Antropología social. Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Barragán Hernández, Olga. 2010. *Es tan difícil dejar de comer... trampeo estratégico en el enfermo diabético*. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales. El Colegio de Sonora.
- Barsaglini, Reni Aparecida. 2006. *Pensar, Vivenciar e Lidear con o Diabetes*. Tesis de Doctorado en Salud Colectiva. Universidad Estatal de Campinas.
- Barsaglini, Reni Aparecida. 2011. *As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque socioantropológico*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

- Beauvoir, Simone de. 1984. *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo XX.
- Benhabib, Seyla. 1992. Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral. *Isegoría*, (6): 37-63.
- Boitan, Minerva, Mihai Grigore, y Andreea Maria Banciu. 2015. HBA1c and the Risk of Chronic Complication in 100 Diabetes Mellitus (DM) Patients. *Acta Medica Transilvanica*, 20 (4): 69.
- Bourdieu, Pierre. 2000. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Campbell, Rona, Pandora Pounda, Catherine Popea, Nicky Brittenb, Roisin Pillc, Myfanwy Morgand y Jenny Donovan. 2003. Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. *Social Science & Medicine*, 56 (4): 671–684.
- Cardoso Gómez, Marco Antonio. Factores culturales que condicionan el tratamiento de la diabetes tipo 2 en una zona de Ciudad Nezahualcóyotl. Tesis de Doctorado en Antropología social. Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Carrasco, Cristina, Rosario Aguirre y Cristina García Sainz. 2005. *El tiempo, los tiempos, una vara de desigualdad*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Carrasco, Cristina, Cristina Borderas y Teresa Torns. 2011. Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. En *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas*. En idem, 13-95. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Castro Vásquez, María del Carmen. 2008. De pacientes a exigentes: un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud. Hermosillo. El Colegio de Sonora.
- _____. 2011. Habitus lingüístico y derecho a la información en el campo médico. *Revista Mexicana de Sociología*. 2 (73): 231-259.
- Castro, Roberto. 2011. *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Lugar. Editorial/UNAM.

Castro, Roberto y Mario Bronfman. 1993. Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. *Salud pública*. 3 (9): 375-394

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. 2016. Declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-4-2016 para todas las Entidades Federativas de México ante la Magnitud y Trascendencia de los casos de Diabetes Mellitus. México. [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/declaratorias_emergencia.html]

2016. Declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-3-2016 para todas las Entidades Federativas de México ante la Magnitud y Trascendencia de los casos de Sobrepeso y Obesidad. México. [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/emergencias/declaratorias_emergencia.html]

2017. Programa de salud en el adulto y anciano. [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_adulto.html] Visitado durante noviembre de 2017.

Charmaz, Kathy. 1983. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of health & illness*, 5 (2): 168-195.

Cruz Bello, Patricia, Ivonne Vizcarra-Bordi, Martha Kaufer-Horwitz, Alejandra Donaj Bentez-Arciniega, Ranjita Misra, and Roxana Valdés Ramos. 2014. Género y autocuidado de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Estado de México. *Papeles de Población*, 20 (80): 119-144.

Damián, Araceli y Héctor Figueroa. 2014. La captación del uso de tiempo y la medición de la pobreza de tiempo. Algunas reflexiones sobre la experiencia en México. En *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en México*. Coordinado por Brígida García y Edith Pacheco, 115-170. México: ONU Mujeres y El Colegio de México.

Dávila Lárraga, Laura G. 2016. ¿Cómo funciona Prospera? Mejores prácticas en la implementación de Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo.

- Denman, Catalina A., Melanie L. Bell, Elsa Cornejo, Jill Guernsey de Zapien, Scott Carvajal y Cecilia Rosales. Changes in Health Behaviors and Self-Rated Health of Participants in Meta Salud. A Primary Prevention Intervention of NCD in Mexico. *Global Heart*, 10 (1): 55-61.
- Denman, Catalina A., Cecilia Rosales, Elsa Cornejo, Melanie L. Bell, Diana Munguía, Tanhya Zepeda, Scott Carvajal y Jill Guernsey de Zapien. 2014. Evaluation of the Community-Based Chronic Disease Prevention Program Meta Salud in Northern Mexico, 2011-2012. *Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice and Policy*. 11: 1-9.
- Domínguez García, María de los Ángeles. 2012. Vivir con “azúcar”. Experiencias y representaciones en torno a la diabetes entre grupos domésticos de Zinacantán, Chiapas. Tesis de Maestría en Antropología Social. Centro de Estudios Superiores en Antropología Social Sureste.
- Durán Arenas, Luis. 2012. Modelo institucional de atención a la salud en México. En *Los determinantes sociales de la salud en México*. En Rolando Cordera y Ciro Murayama (coordinadores) 574-616. México: FCE, UNAM, Centro Universitario de Estudios del Desarrollo.
- Durán, María Angeles. 2008. Diez buenas razones para medir el trabajo no remunerado en el cuidado de la salud. En *La economía invisible y las desigualdades de género: la importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. En Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Ferrán, Lourdes. 2008. Marco conceptual y lineamientos metodológicos de la cuenta satélite de los hogares para medir el trabajo no remunerado en salud. En *La economía invisible y las desigualdades de género: la importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado*. En Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Ferrer, Ramón e Inés Dalman. 2004. Revisión del concepto de carga mental: evaluación, consecuencias y proceso de normalización. *Anuario de Psicología*. 4 (5): 525-545.
- Gallardo Flores, Ana. 2012. Género y cuidado: el caso de las abuelas cuidadoras. *Inovagogía. I Congreso Virtual Internacional sobre Innovación Pedagógica y Praxis Educativa*. Libro de actas: 1711-1721.

- García, Brígida y Edith Pacheco. 2014. Reflexiones sobre el estudio del uso del tiempo. En *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en México*. En *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en México*. En ídem, 17-52. México: ONU Mujeres y El Colegio de México.
- Grijalva Monteverde, Gabriela; Mercedes Zúñiga Elizalde y María de Jesús Zupo Jiménez. 2007. Adultas y adultos mayores en Sonora: ¿dependientes, autosuficientes o proveedores? *Región y Sociedad*, 19 (núm. especial): 117-145.
- Goecke Saavedra, Ximena Ángela Erpel Jara y Patricio Guzmán Sinkovich. 2017. El país de las Abuelitas Pobres. Crítica feminista al trabajo femenino y el sistema de AFP en el Chile Contemporáneo. *Rumbos TS*. 15: 145-174.
- Good, Byron J. 2003. *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra
- 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 (2): 129-136.
- Hernández Hernández, Miguel Ángel. 2017. Uso de terapias complementarias y su asociación con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Tesis de especialidad en Medicina Familiar. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández Romieu, Alfonso Claudio, Alejandro Elnecavé Olaiz, Nidia Huerta Uribe, y Nancy Reynoso-Noverón. 2011. Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud Pública de México*, 53 (1): 34-39.
- Himmelweit, Susan. 2005. El descubrimiento del trabajo no pagado: las consecuencias sociales de la expansión del trabajo. En *El debate sobre el trabajo doméstico*. Compilado por Dinah Rodríguez y Jennifer Cooper, 251-277. Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Económicas.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. 2015. Perfil demográfico, epidemiológico y social de la población adulta mayor en el país. Una propuesta de política pública. Ciudad de México: SEDESOL.

- Instituto Nacional de Salud Pública. 2016. Encuesta Nacional de Salud Pública Medio Camino 2016. Base de datos. México: Secretaría de Salud [http://ensanut.insp.mx/ensanut2016/descarga_bases.php] consultada el 16 de mayo de 2017.
- International Diabetes Federation. 2015. *IDF Diabetes Atlas*. Bruselas: International Diabetes Federation.
- INEGI. 2016. *Mujeres y hombres en México 2016*. México: INEGI.
- INEGI. 2017. Consulta interactiva de datos [http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/] consultada durante mayo y noviembre de 2017.
- INEGI. 2017. Atlas de Género. [http://gaia.inegi.org.mx/atlas_genero/] Consultado el 17 de mayo de 2017.
- Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkely: University of California Press.
- Kumar, Amit, Rebeca Wong, Kenneth J. Ottenbacher y Soham Al Snih. 2016. Prediabetes, undiagnosed diabetes, and diabetes among Mexican adults: findings from the Mexican Health and Aging Study. *Annals of Epidemiology*, 26 (3): 163-170.
- Kolb Cadwell, Susana Rebeca. 2015. Disyuntivas corporales: hacia una teoría totonaca de la diabetes en Ixtepec, Puebla. Tesis de Maestría en Antropología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lagarde, Marcela. 2005. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. 4a edición. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Coordinación General de Estudios de Posgrado.
- Lara Esqueda, Agustín. Arturo Aroch Calderón, Rosa Aurora Jiménez, Mario Arceo Guzmán y Oscar Velázquez Monroy. 2004. Grupos de ayuda mutua: estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. *Archivos de cardiología de México*, 74 (4): 330-336.

- Lerín Piñón, Sergio. 2017. Recursos institucionales para diabéticos mayahablantes de Tizimín (Yucatán). Carencias y logros en los Grupos de Ayuda Mutua (gam). *Revista Pueblos y Fronteras Digital*. 12 (23): 77-98.
- Martínez Maldonado, Ma. De la Luz y Víctor Manuel Mendoza Núñez. 2015. *Promoción de la salud de la mujer adulta mayor*. México: Instituto Nacional de Geriátrica.
- Martínez Marcos, Mercedes. 2016. Un estudio cualitativo sobre mujeres cuidadoras con enfermedad crónica. Tesis de Doctorado en Enfermería práctica y educación. Universidad de Alicante.
- Menéndez, Eduardo. 1981. *Poder estratificación y salud: análisis de la condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- _____ 1983. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. En ídem, 97-114. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Cuadernos de la Casa Chata.
- _____ 1985. Saber “médico” y saber “popular”: el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización. *Estudios Sociológicos*, 3 (8): 263-296.
- _____ 1987. *Alcoholismo. La alcoholización, un proceso olvidado. Patología, integración funcional o representación cultural*. México: Secretaría de Educación Pública. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- _____ 1988. Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30: 451-464.
- _____ 1990a. *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Secretaría de Educación Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- _____ 1990b. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. México: Alianza Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

- _____ 1991. Alcoholismo y proceso de alcoholización; la construcción de una propuesta antropológica. En *Antropología del alcoholismo en México: los límites culturales de la economía política (1930-1979)*. En ídem, 13-32. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- _____ 1992a. Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes. En *La Antropología médica en México I*. Compilado por Roberto Campos Navarro, 141-185. México: Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana.
- _____ 1992b. Reproducción social, mortalidad y antropología médica. En *Prácticas populares, ideología médica y participación social*. Aportes sobre antropología médica en México. Compilado por Eduardo Menéndez y Javier García de Alba, 13-36. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- _____ 1993. Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica. En *Familia, salud y sociedad: experiencias de investigación en México*. Coordinado por Francisco Mercado y Catalina Denman, 130-162. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, El Colegio de Sonora.
- _____ 2006. Salud y género. Aportes y problemas. *Salud colectiva*. 2 (1): 5-7.
- _____ 2009. *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Menéndez, Eduardo y René Di Pardo. 1996. *De algunos alcoholismos y algunos saberes: atención primaria y proceso de alcoholización*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Mercado Martínez, Francisco Javier. 1996. *Entre el infierno y la gloria: la experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Montes de Oca Zavala, Verónica. 2011. Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Renglones*. 62: 160-181.

- Moreno Altamirano, Laura María Antonieta. El drama social de la persona con diabetes. Tesis de doctorado en Antropología social. Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Souza Minayo, Maria Cecilia de. 2004. *El desafío del conocimiento investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Morán Pérez, Ana Victoria. 2015. Saberes maternos y padecimientos infantiles. Recursos de atención biomédicos y populares en el pedregal de Santo Domingo. Tesis de Maestría en Antropología Social. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Nogareda Cuixart, Clotilde. 1984. NTP 179: La carga mental del trabajo: definición y evaluación. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Nogueda Méndez, Elizabeth y Jaime Mendoza Sánchez. 2006. El autocuidado como método para el control de la diabetes mellitus en un sector poblacional de la colonia Benito Juárez. Tesis de licenciatura en Enfermería. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza Universidad Nacional Autónoma de México.
- Osorio Carranza, Rosa María. 2001. *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: Instituto Nacional Indigenista, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Pacheco, Edith y Nelson Florez. 2014. Entre lo rural y lo urbano. En *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en México*. Coordinado por Brígida García y Edith Pacheco, 263-323. México: ONU Mujeres y El Colegio de México.
- Page Pliego, Jaime Tomás. 2017. Sufrir de azúcar por ak'chamel 'mal echado' en el marco de un horizonte cosmológico amplio: dos casos en Tenejapa, Chiapas. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*. 12 (23): 99-125.
- Pedrero Nieto, Mercedes. 2008. Propuesta metodológica para medir y valorar el cuidado de la salud doméstico no remunerado. En *La economía invisible y las desigualdades de género: la*

importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado. En Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la salud.

Pereira Patrón, Aracelly María. 2015. Un dulce sufrimiento. Experiencias y dramas sociales de la diabetes y las amputaciones derivadas de su complicación en Kinchil, Yucatán. Tesis de Maestría en Antropología Social. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Sureste.

Razo González, Angélica. 2014. La política pública de vejez en México: de la asistencia pública al enfoque de derechos. CONAMED. (2) 19: 78-85.

Real Academia Española. 2017. Diccionario de la Lengua Española. [www.rae.es] Visitado durante 2017.

Rivera Hernández, Maricruz. 2015. Religiosity, Social Support and Care Associated with Health in Older Mexicans with Diabetes. *Journal of Religion and Health*, 55 (4): 1394-410.

Rivero, Estela y Anairis Hernández. 2014. No todo el tiempo es igual: variaciones en los patrones de uso del tiempo en México. En *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en México*. Coordinado por Brígida García y Edith Pacheco, 221-262. México: ONU Mujeres y El Colegio de México.

Robles, Leticia y Francisco Mercado Martínez. 1993. El apoyo familiar y el cumplimiento del tratamiento médico en individuos con diabetes mellitus no insulino-dependiente. *Familia, salud y sociedad: experiencias de investigación en México*. Coordinado por Francisco Mercado, Catalina Denman, Agustín Escobar, Claudia Infante Y Leticia Robres. 310-343. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, El Colegio de Sonora.

Robles Silva, Leticia. 2002. *Del amor al trabajo. La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Rojo Miguélez, Ana María Isabel. 1985. La mujer diabética y su contexto sociocultural: un estudio con pacientes del Hospital General de México. Tesis de Licenciatura en Antropología Social. Escuela Nacional de Antropología e Historia.

Rosales, Cecilia B. y Catalina A. Denman. s/f. Protocolo de Investigación. Herramientas y prácticas para disminuir las enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones en la población diabética de México. Centro de Promoción de la Salud del Norte de México / Mel y Enid Zuckerman Colegio de Salud Pública / El Colegio de Sonora.

Salgado, Snyder y Rebeca Wong. 2007. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. *Salud pública de México*, 49 (4): 515-521.

Santoyo, Laura y Edith Pacheco. 2014. El uso del tiempo de las personas en México según tipo de hogar. Una expresión de las desigualdades de género. En *Uso del tiempo y trabajo no remunerado en México*. Coordinado por Brígida García y Edith Pacheco, 171-219. México: ONU Mujeres y El Colegio de México.

Secretaría de Salud. 2010. *Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus*. México: Secretaría de salud.

_____ 2013. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. México: Secretaría de Salud.

_____ 2015. Manual de Implementación UNEME Enfermedades Crónicas: Sobrepeso, Riesgo Cardiovascular y Diabetes. México: Secretaría de Salud.

_____ 2016. *Lineamientos GAM 2016*. México: CENAPRECE / Secretaría de Salud.

_____ s/f. Atención al envejecimiento. México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud del Estado de Sonora. 2015. Estrategia estatal para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. Disponible en [<https://www.gob.mx/salud/documentos/estrategia-sod-sonora>]). Visitado durante noviembre de 2017

Servicio Meteorológico Nacional. 2017. Resúmenes Mensuales de Temperaturas y Lluvia. Buscador. Servicio Meteorológico Nacional. México. [<http://smn.cna.gob.mx/es/climatologia/temperaturas-y-lluvias/resumenes-mensuales-de-temperaturas-y-lluvias>] Consultado durante noviembre de 2017.

- Schüller, Amador. 1999. Aspectos médicos del envejecimiento. *Encuentros múltiples*, (2): 5-1.
- Scott, Joan. 1990. El género: una categoría útil para el análisis histórico. Editado por Mary Nash y James Amelang. *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Valencia: Alfons el Magnanim.
- Sistema de Información en Enfermedades Crónicas. 2017. Diabetes Mellitus. Observatorio Mexicano de Enfermedades no Transmisibles-Universidad Autónoma de Nuevo León. [<http://oment.uanl.mx/tablero-de-control-de-enfermedades/>]. Consultado el 18 de mayo de 2017.
- Tesoro Cruz, Graciela. 2012. Programa de intervención para promover habilidades de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Tesis de Maestría en Trabajo Social. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Tresmontes Lucchetti S. A. 2015. Nuestros productos. [<http://www.zuko.cl/nuestros-productos/>] Visitado el 15 de noviembre de 2017.
- Trujillo Olivera, Laura Elena y Austreberta Nazar Beutelspacher. 2011. Autocuidado de diabetes: una mirada con perspectiva de género. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 26 (3): 639-669.
- Walzer, Susan. 1996. Thinking About the Baby: Gender and Divisions of Infant Care. *Social Problems*. 2 (43): 219-234.
- Wild, Sarah, Gojka Roglic, Anders Green, Richard Sicree, y Hilary King. 2004. Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the Year 2000 and Projections for 2030. *Diabetes Care*, 27 (5): 1047-1053.

7 Anexos

Formatos entregados a las participantes

7.1 Cédula de identificación

Cédula de identificación de participantes en Grupo de Ayuda Mutua					Fecha:	
Primer nombre				Edad		
Ocupación						
Con quién vive	Hijas (os)	Nietas (os)	Hermanas (os)	Pareja	otro	Vive sola
Ocupación de las personas que viven con usted						
Actividades domésticas que usted realiza en su hogar						

7.2 Carta de consentimiento informado para las mujeres entrevistadas



Carta de consentimiento informado

Estimada participante, por este medio, se le solicita su consentimiento para ser entrevistada por la Lic. Olga Mesilemit Velázquez González, quien, como requisito de titulación de la Maestría en Ciencias Sociales en El Colegio de Sonora, está realizando una investigación sobre el autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 que participan en un Grupo de Ayuda Mutua en Hermosillo Sonora.

La información que usted nos comparta será resguardada de forma confidencial, es decir, su nombre y otros datos personales no serán dados a conocer en informes de trabajo ni en la publicación de la tesis. Además, usted podrá dar por terminada su participación en el momento que usted desee con la certeza de que su decisión será respetada.

Se agradece de antemano su atención y su firma en esta carta en caso de que acepte participar en la investigación. Para cualquier aclaración, usted puede acudir a las instalaciones de El Colegio de Sonora, ubicado en Obregón no. 54 Colonia Centro 83000 Hermosillo, Sonora o al teléfono 662 259 5300, Ext. 2222, con la Dra. Ma. Del Carmen Castro V., quien dirige este trabajo. Además, número personal es el 6624139843.

Olga Mesilemit Velázquez González

Firma participante

7.3 Ítems del diario de actividades

1. ¿Qué fue lo primero que hice cuando me levanté?
2. Me puse insulina
3. Tomé pastillas (¿Cuáles y cuántas?)
4. Tomé o comí algo antes del desayuno
5. Preparé alimentos para que alguien se los llevara
6. Hice el desayuno
7. Serví el desayuno
8. Desayuné
9. Limpié la cocina y el comedor después del desayuno
10. Lavé trastes después del desayuno
11. Junté basura y la puse en el contenedor o en bolsas
12. Salí a tirar la basura
13. Esperé el camión de la basura
14. Lavé o regué el patio
15. Salí y platicué con alguien
16. Tendí camas
17. Barrí (¿qué lugares barrí?)
18. Trapeé (¿qué lugares trapeé?)
19. Me bañé
20. Me revisé los pies
21. Me maquillé
22. Busqué ropa
23. Fui al CLUB (¿qué comí ahí?)
24. Lavé ropa
25. Vi la televisión en la mañana
26. Cuidé animales
27. Cuidé plantas
28. Salí a comprar alimentos u otras cosas
29. Salí a pagar el agua o la luz

30. Comí algo fuera de la casa. (¿Qué comí?)
31. Visité a alguien
32. Le llevé algo a alguien
33. Fui a la iglesia
34. Atendí visitas
35. Fui a consulta médica
36. Fui a que me hicieran estudios
37. Salí a hacer un trámite
38. Acompañé a alguien a la clínica, hospital u otro lugar
39. Tejí
40. Costuré ropa o telas
41. Limpié calzado
42. Arreglé algo descompuesto
43. Limpié ventanas, puertas o muebles
44. Busqué documentos, objetos o medicamentos
45. Tomé o comí algo antes de la Comida (¿qué tomé o comí?)
46. Preparé la Comida
47. Preparé postre
48. Preparé agua de frutas
49. Serví la comida
50. Comí
51. Limpié la cocina y el comedor después de la Comida
52. Lavé trastes después de la Comida
53. Guardé comida
54. Planché ropa
55. Acomodé ropa
56. Tomé una siesta en la mañana
57. Hice las cuentas de los gastos
58. Hice tortillas
59. Estuve cuidando a alguien de mi familia
60. Jugué con nietos

61. Ayudé a alguien de mi familia en su trabajo o quehacer
62. Preparé algún remedio casero
63. Le di medicamento a alguien
64. Tomé una siesta en la tarde
65. Fui a alguna junta
66. Salí a pasear
67. Salí a caminar o a hacer otro ejercicio
68. Leí
69. Vi la televisión en la tarde y/o noche
70. Tomé o comí algo antes de la cena (¿Qué tomé o comí?)
71. Preparé la cena
72. Cené
73. Me acosté a dormir
74. Tuve insomnio
75. Otras actividades