

La diabetes en México y Colombia

*Un estudio comparativo de las perspectivas de las
amas de casa en la Ciudad de México y Medellín*

Runar Sudbø Syvertsen



Masteroppgave ved ILOS på det Humanistiske Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

22.05-2017

La diabetes en México y Colombia: Un estudio comparativo de las perspectivas de las amas de casa en la Ciudad de México y Medellín

© Runar Sudbø Syvertsen

2017

La diabetes en México y Colombia: Un estudio comparativo de las perspectivas de las amas de casas en La Ciudad de México y Medellín

Runar Sudbø Syvertsen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: CopyCat, i Oslo

Forord

Quiero agradecer a la Universidad de Oslo por haberme brindado la oportunidad de estudiar lo que me interesaba y escribir sobre un tema de mi propia elección. También quiero agradecer a mi asesor Leiv Marsteintredet, a mis informantes y a todos los que me han ayudado durante este proceso.

Contenido

1	Introducción	1
1.1	La diabetes, una epidemia global	3
1.2	La diabetes en México y Colombia	4
1.3	La motivación para mi tesis y su objetivo	4
1.4	Objeto de estudio: Amas/os de casa	5
1.4.1	Ama de casa, un rol en desarrollo	6
1.5	Estructura.....	7
2	Metodología	8
2.1	Escoger método para la investigación	8
2.2	Criticas a las investigaciones cualitativas.....	9
2.3	Conseguir informantes.....	9
2.4	Participantes.....	10
2.4.1	México.....	11
2.4.2	Colombia	13
2.5	Herramienta de recogida de datos	14
2.6	Corpus de transcripciones.....	14
2.7	Procedimiento de recogida de datos	16
2.8	La realización de las entrevistas	17
2.9	Cambios de guion durante la implementación	18
2.10	Transcripción de las entrevistas	19
2.11	Limitaciones y deficiencias con mi investigación	19
3	Una mirada a las estadísticas disponibles para intentar entender las diferencias entre Colombia y México en cuanto a la problemática de la diabetes y su mortalidad.	21
3.1	Obesidad y actividad física.....	23
3.2	Consumo de líquidos	25
3.2.1	Consumo de refrescos	25
3.2.2	Acceso al agua potable.....	27
3.3	Conclusión.....	28
4	La incidencia de la diabetes y los obstáculos para su prevención: Un análisis de las perspectivas de mis informantes	30
4.1.1	El ama de casa: Desde lo tradicional hasta lo moderno	30
4.1.2	La incidencia de la diabetes entre mis informantes mexicanos y colombianos	33

4.2	La alimentación en La Ciudad de México y Medellín	36
4.2.1	Análisis de las entrevistas en México	37
4.2.2	Análisis de las entrevistas en Colombia.....	42
4.2.3	Comparación	46
4.3	Consumo de líquidos	47
4.3.1	El consumo de líquidos en México	47
4.3.2	El consumo de líquidos en Colombia.....	53
4.3.3	Las refrigeradoras.....	54
4.3.4	De los jugos naturales y el agua a los refrescos.	56
4.3.5	Impuesto a las bebidas con azúcares adicionales.	58
4.3.6	El consumo de azúcar de caña.....	61
4.3.7	Comparación	62
4.4	La visión y el conocimiento sobre la diabetes.....	63
4.4.1	La alimentación y el estilo de vida como causas para la diabetes.....	64
4.4.2	El ejercicio.....	66
4.4.3	La obesidad	68
4.4.4	Dos interpretaciones de la herencia: La genética y las costumbres.	69
4.4.5	Los mitos como explicación de la etiología de la diabetes.	74
4.4.6	La prevención de la enfermedad. La diabetes un tema en la familia.	80
5	Conclusión.....	84
6	Referencias	87
7	Apéndices:.....	92

1 Introducción

Si uno hoy en día camina por las calles de la Ciudad de México, de diez personas por lo menos una tiene un refresco en su mano, sin importar su estatus social, desde el ciudadano de a pie hasta la policía. Hay algo que llama poderosamente la atención del ávido observador: les gusta tomar poco a poco, saboreando cada gota, como si estas pequeñas botellas de hasta 1 litro contuvieran el elixir de la vida. De este elixir hay diferentes marcas, para todos los gustos y bolsillos, pero hay uno por encima de todos, la Coca-Cola. Cuando compran su bebida muchas veces toman su primer trago antes de recibir el cambio. A la hora de hacerlo algo sucede en la expresión por la cara; es una cara que refleja satisfacción completa, aunque momentánea, de una necesidad tanto física como mental, como si se tratara de una persona que acabara de tomar su primer trago de agua después de días en el desierto. Esa expresión corporal y sobre todo la cara muestran un alivio instantáneo, tanto así que uno incluso puede decir que parecen *junkies*¹ o, mejor dicho, adictos al *crack*², porque muy pronto necesitan otra dosis, de ahí que lo tomen lentamente y porten sus botellas durante los paseos. Hay una escena que nunca podré borrar de mi memoria. Un día cualquiera en el Barrio Asunción en la delegación de Xochimilco, vi al mediodía a una señora con su hija de edad preescolar caminando con el carrito de la niña. Lo que podría ser una estampa familiar normal tenía, sin embargo, un detalle extraño, pues la niña no estaba en el carrito, sino caminando al lado de su madre, porque en el carrito había 8 botellas de refresco de tamaño familiar. Estas botellas son de 3 litros, en total 24 litros de refresco y un total de 2.4 kilos de azúcar refinado³. Parecía que venían de hacer la compra y la señora estaba muy contenta.

El refresco es tan importante en la cultura mexicana que se ha convertido en un sinónimo de la corrupción, de modo que para evadir una multa oficial y/o un viaje a la comisaría, es necesario ofrecerle plata al oficial para que se compre un refresco: algo “para el chesco⁴.”

No en vano, el propio presidente actual de la República, Enrique Peña Nieto (2012 -), dijo en su discurso de inauguración del Centro de Innovación y Desarrollo de la Industria Mexicana de Coca-Cola: “Finalmente, les comparto: yo soy un consumidor de sus productos, un

¹ Adicto a opiáceos como la heroína. Duración larga.

² Cocaína mezclada con bicarbonato de sodio para fumar. Efecto intenso y de duración corta.

³ El Poder del Consumidor. Al beber un refresco ingieres 12 cucharadas de azúcar.

⁴ *Mexicanismo* Sust. Referente a la palabra “refresco”. De acuerdo con el Corrupcionario: el chesco puede ser “un artículo que un policía dice querer comprar con el dinero obtenido de un acto de corrupción cuando, en realidad, la cantidad de dinero deseada supera el valor del producto”.

consumidor cotidiano. Les puedo decir que el Presidente de la República toma Coca-Cola todos los días; Coca-Cola Light.”⁵ Es un ejemplo que muestra la falta de dedicación por parte del gobierno mexicano de enfrentar a la problemática de la diabetes y se puede interpretar como que para ellos es más importante el crecimiento económico de México que la salud de los mexicanos.

Mueren cinco veces más mexicanos que colombianos por diabetes. Esta realidad provoca interrogantes. Algunos de esos interrogantes, los cuales serán explorados aquí, son:

- ¿Qué puede explicar esta diferencia en la tasa de mortalidad entre México y Colombia?
- ¿Cómo se manifiesta la problemática de la diabetes en la cotidianidad mexicana y colombiana? ¿Existen obstáculos para disminuir la incidencia de la diabetes en las sociedades aquí mencionadas?

Los *chilangos* o *defeños*⁶, tienen un dicho: “a la hora de salir de su casa todos enfrentan el mismo monstruo la Ciudad de México.” Es una extensión urbana que se extiende por casi 8,000 km², donde circulan más de 4 millones de automóviles y oficialmente viven más de 20 millones de personas. También es un lugar donde el acceso al agua es escaso y de mala calidad y la comida rápida está en cada esquina. De hecho, la costumbre de llevarse el almuerzo o una botella de agua cuando pasan el día fuera la tienen pocos, pues lo habitual es comer en unos de los miles y miles de puestos de comida callejera.

Esta realidad es diferente para los habitantes de Medellín, ciudad que posee una zona metropolitana de menos de 4 millones de habitantes, 5 veces más pequeña que Ciudad de México, y donde la costumbre es tomarse un *tinto*⁷ o un *jugo* de una gran variedad de frutas, y llevar la *coquita*⁸ y una botella de jugo natural o en polvo cuando salen afuera. Por supuesto, también es posible conseguir un refresco u otra bebida azucarada, pero para los *paisas*⁹, el elixir de la vida es el *aguapanela*¹⁰, la cual se vende incluso en los semáforos de la ciudad en

⁵ Peña Nieto, Enrique. “Palabras Presidente Enrique Peña Nieto, durante la Inauguración del Centro de Innovación y Desarrollo de la Industria Mexicana de Coca-Cola”.

⁶ Apodos para la gente que vive en la capital mexicana.

⁷ Colombianismo: café

⁸ Colombianismo: un contenedor con comida de casa

⁹ Apodo para la gente de Antioquia, donde Medellín es su capital y ciudad más grande.

¹⁰ Agua caliente o fría hecha con azúcar de caña. La caña de azúcar en bloques es conocida como *panela* en Colombia y *piloncillo* en México.

forma de *guarapo*¹¹, o, para acompañar el desayuno, en forma pura o mezclada con café. La ciudad también tiene comida callejera, pero nada en comparación con la Ciudad de México, ni en accesibilidad, diversidad ni de costumbre.

1.1 La diabetes¹², una epidemia global

En la actualidad la diabetes es una de las epidemias más graves del mundo. De acuerdo con el Reporte Global de la Diabetes de la Organización Mundial de Salud¹³ en el año 2014 son 422 millones de personas las que viven con la enfermedad, una cifra que se ha visto notablemente incrementada respecto a los 108 millones que se registraron en 1980. Este aumento de 4,7 % a 8,5%¹⁴ en la población adulta mundial provocó en 2012 1,5 millones de muertes y un total de 2,2 millones de personas perdieron la vida por tener el nivel de azúcar demasiado alto.

De acuerdo con la OMS “La diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce.”¹⁵ La primera parte de la explicación se refiere a la diabetes tipo I, mientras que la segunda es a lo que nos referíamos como la *diabetes mellitus* o tipo II, la cual es objeto principal esta investigación.

La *diabetes mellitus* se desarrolla cuando el cuerpo no logra utilizar de manera eficiente la insulina que el cuerpo produce. Es una enfermedad desarrollada principalmente por el estilo de vida de una persona. Según La Federación Internacional de diabetes (IDF en inglés) los principales causas de la enfermedad con: Falta de ejercicio, una alimentación poco saludable, obesidad e historia familiar¹⁶. Una persona con *diabetes mellitus* no diagnosticado o que no logra seguir un tratamiento tendrá grandes problemas de salud. Estos problemas afectan a todo el cuerpo, desde los ojos hasta los pies y en casos avanzados puede causar ceguera y pie diabético. Por causa de la segunda, un diabético tiene 25 veces más probabilidades de amputación que una persona no diabética. La enfermedad también puede causar problemas

¹¹ *Aguapanela* con grandes cantidades de limón

¹² Aunque la *diabetes mellitus* es el enfoque de esta investigación uso el término *la diabetes* que refleja la falta de distinguir entre los dos por parte de mis informantes. La Diabetes gestacional tampoco sería mencionado

¹³ Organización Mundial de Salud (OMS), “Global Report on Diabetes.”, 6

¹⁴ Según prevalencia global y estandarizado por edad.

¹⁵ OMS, “Global Report on Diabetes.”, 11

¹⁶ Federación Internacional de la Diabetes (siglas en inglés: IDF). Risk Factors.

bucales, cardiovasculares, daños en el sistema nervioso y en el embarazo¹⁷. De todas maneras, una persona diabético quien logra tener un buen autocontrol y cuenta con apoyo profesional sanitario puede vivir una vida larga y saludable¹⁸

Para distinguir entre el Tipo 1 y el Tipo 2 es necesario hacer pruebas especiales en laboratorios, por este motivo no se realiza una distinción global de ambos tipos y se suelen considerar en conjunto¹⁹. No obstante, según la OMS, la mayoría de las personas afectadas por la diabetes, tiene *diabetes mellitus*.

El presente trabajo se centra en este tipo de diabetes en gran medida porque de acuerdo con la OMS “No es posible prevenir la diabetes de Tipo 1 con los conocimientos que tenemos actualmente.²⁰”, mientras que la *diabetes mellitus* se considera una enfermedad que se puede prevenir porque está relacionada con un alto consumo de bebidas azucaradas, una dieta alta en grasas y sal y la falta de actividad física. Por ello, este trabajo se va a enfocar en general sobre el estilo de vida y principalmente en la alimentación.

1.2 La diabetes en México y Colombia

Según las cifras de la Organización Mundial de la Salud del año 2014, en México el 14%²¹ de la mortalidad se debe a la diabetes, mientras que en Colombia se sitúa en el 3%²². En cifras concretas, esto significa que, en México, un país con una población de 127 millones de personas, 87,000 personas murieron por causa de la diabetes personas en el año 2014, comparado con sólo 6,050 muertes en Colombia, un país con una población de 48 millones. Por tanto, México, siendo 2,6 veces más grande en cuanto a la población que Colombia, tuvo una proporción de 14 veces más muertes atribuidas a la diabetes.

1.3 La motivación para mi tesis y su objetivo

El presente trabajo tiene como objetivo principal analizar la incidencia de la diabetes en la sociedad mexicana y colombiana. El centro de atención está en México y Colombia porque son países con incidencia de diabetes muy diferentes. La diferencia significativa en la tasa de

¹⁷ IDF, “Atlas de la Diabetes ”, 28

¹⁸ IDF, “Atlas de la Diabetes 7 edición”, 25

¹⁹ OMS, “Global Report on Diabetes.”, 6

²⁰ OMS, “Global Report on Diabetes.”, 7

²¹ OMS, “Country Profile: México.”

²² OMS, “Country Profile: Colombia.”

muerres atribuidas a la diabetes entre México y Colombia, donde en el primero fue de 14% en 2014 y el segundo 3 %, ha sido una motivación para esta investigación.

Desde que Felipe Calderón llegó a la presidencia mexicanos en 2006 hasta salir de la presidencia en 2012, las estadísticas oficiales arrojan un cifra superior a las 100 000 personas que murieron por causa de la mal llamada *guerra contra el narco*²³, sin contar con el número de desaparecidos. En los mismo 6 años murieron casi 500 000 mexicanos por causa de la diabetes²⁴ Ello significa que la muerte por diabetes supera cuatro veces más las muertes relacionadas con *la guerra contra el narco*. Obviamente, hay una diferencia esencial entre estas muertes, una es violenta y la otra es silenciosa; uno pone en cuestión el control territorial del Estado mexicano, enfrentando su supuesto monopolio de violencia y el otro cuestiona el cambio alimenticio mexicano y su sistema de salud.

1.4 Objeto de estudio: Amas/os de casa

Para responder a las preguntas de la segunda parte de la presente tesis el estudio se va a enfocar en las amas de casa, un rol esencial que en casi todas las familias latinas ocupa la madre, la abuela, la tía u otra persona de la familia. Se entiende por esta a una señora que prepara la comida, lava la ropa, limpia el hogar y desempeña todas las labores domésticas, es decir, “el trabajo doméstico es definido como el conjunto de actividades que se realizan en la esfera doméstica y que están destinadas a la satisfacción de necesidades de primer orden de los miembros de la unidad familiar, lo que le asigna el carácter de obligatorio y gratuito.”²⁵

Por este motivo, el poder e importancia del ama de casa está limitado a su hogar.

Son quienes más influencia tienen sobre la alimentación de las familias, son ellas quienes elaboran los alimentos que se van a consumir. Este ha sido uno de los motivos por los que este trabajo se ha interesado en la figura de las amas de casa, por las cocineras, que con su conocimiento de la vida y el peso de la tradición poseen un estilo de vida en el que la alimentación es fundamental.

En cuanto a las amas de casa y las entrevistas con ellas, se ha intentado canalizar sus discursos en torno a los tres temas que se tratan en esta tesis, la alimentación, el consumo de líquidos y la visión y conocimiento de la diabetes, pero también se ha mostrado interés hacia sus propias prácticas en el hogar, ya que ello es un reflejo de su cultura, sus actitudes y

²³ Proceso. “Más de 121 mil muertos, el saldo de la narcoguerra de Calderón: Inegi.”

²⁴ Calvillo, “Alejandro. ¿Sexenio de la salud, el de Calderón?”

²⁵ VEGA. “Por la visibilidad de las amas de casa: 2007”, 179

valores. Su voz se considera de gran importancia porque “en la dualidad entre prácticas y discursos, tendríamos a darle primacía a los discursos y a derivar las prácticas de ellos”²⁶, es decir, de sus discursos y del análisis de los mismos se puede entender lo que está detrás de sus acciones, sus prácticas.

Todos mis informantes que han participado en este trabajo, a excepción de 3 señores y una señora, tienen hijos, muchas de ellas son también abuelas. Han vivido durante mucho tiempo y, aunque en la mayoría de los casos la extensión geográfica de sus vidas ha sido pequeña, han podido observar muchos cambios a su alrededor, sobre todo aquellas que emigraron de los pueblos a las ciudades. El amplio conocimiento que han obtenido durante sus vidas, especialmente en lo que respecta a la alimentación, es algo que sería difícil de conseguir de otras fuentes que no fueran ellas mismas. Por eso, este estudio se enfoca en las amas de casa, en mujeres que rondan la tercera edad y que son las únicas que podían contar cómo la alimentación ha cambiado en su hogar a lo largo de su vida y cómo esto va en contra o en concordancia con los cambios que se han sucedido en su país.

1.4.1 Ama de casa²⁷, un rol en desarrollo

A lo largo de un par de generaciones el rol de las amas de casa ha cambiado, desde las mujeres sin estudios y dedicadas a tiempo completos a su hogar, hasta la mujer moderna que también tiene un trabajo fuera la casa. Todavía estas últimas se ven forzadas a seguir con la responsabilidad del hogar. No obstante, después de la investigación llevada a cabo para este trabajo, así como la revisión bibliográfica, se puede afirmar que en muy pocos casos hay mujeres que puedan ser ubicadas en uno u otro grupo de manera tajante, sino que más bien fluctúan entre lo tradicional y lo moderno de la vida actual.

A este respecto, Enrique Martín Criado habla de la existencia de dos polos opuestos en cuanto a las amas de casas, uno es el tradicional y el otro el nuevo/moderno; el primero, como su nombre indica, está relacionado con el rol histórico de la mujer, mientras el otro está relacionado con lo moderno. Como todos los polos extremos, muy pocos están completamente posicionados en uno, pero se encuentran dentro de una línea larga que va desde la abuela más tradicional hasta la nieta más moderna. En gran medida son dos maneras, con valores, actitudes y culturas, de juzgar lo que él llama *la buena madre*.

²⁶ Criado, “El valor de la buena madre.”, 93

²⁷ En este texto también uso el término de jefa de hogar, para referir al mismo rol. En este texto los 2 términos también refiere a los 4 hombres que forman parte de esta investigación.

México y Colombia son ejemplos de lo sustancial que puede ser esta diferencia en la incidencia en dos países del mismo continente. Es una enfermedad derivada casi exclusivamente del estilo de vida del individuo, pero detrás de este estilo hay muchos aspectos culturales y sociales.

1.5 Estructura

Para poder profundizar sobre la incidencia de la diabetes en México y Colombia, decidí realizar una investigación con métodos cualitativos, y entrevistas semiestructuradas. El objetivo fue obtener la perspectiva de algunos habitantes mexicanos y colombianos sobre la temática, no para generalizarlo, sino para poder entender de manera más profunda cómo ellos perciben la problemática de la diabetes. Para hacer que la información conseguida en esta parte del análisis sea más entendible para el lector, fue importante ubicarlo dentro de un contexto más grande.

La estructura del presente trabajo es la siguiente: A continuación, haré una reflexión sobre metodología. Luego, discutiré por qué la tasa de mortalidad por causa de la diabetes es diferente entre los dos países. Después, veré cómo la problemática está afectando a la sociedad en los dos países e intentaré descubrir si hay obstáculos para la prevención y la implementación de una política de salud exitosa contra la enfermedad. En esta parte entraré en la dimensión cualitativa de mi investigación, la cual está dividida en tres secciones: En la primera haré una discusión sobre la alimentación; en la segunda hablaré sobre el consumo de líquidos; en la tercera haré una discusión sobre la visión y el conocimiento de la diabetes.

2 Metodología

El capítulo anterior presenta por qué he escogido el tema de la diabetes en México y Colombia. En este trabajo se profundiza en la incidencia de la diabetes en México y Colombia, para lo cual llevamos a cabo una investigación con métodos cualitativos, concretamente a través de entrevistas semiestructuradas con amas de casa.

2.1 Escoger método para la investigación

Esta investigación tenía como objetivo principal conocer la perspectiva de un grupo de personas, las amas de casa, sobre una problemática importante: la diabetes y su relación con la alimentación. Es decir, la intención de esta investigación no era obtener resultados que se pudieran cuantificar o generalizar, de modo que para obtener esta perspectiva se tomó como herramienta de recogida de datos una entrevista cuantitativa y semiestructurada.

Ello se debe a que la elección de un estudio cualitativo como método de investigación ofrece una perspectiva privilegiada de la experiencia personal de las personas sobre el mundo que les rodea²⁸. Las entrevistas cualitativas permiten descubrir cómo mis informantes atribuyen sentido al mundo social en donde existen, lo que Kvale y Brinkman llama su *livsverden*²⁹. Es una conversación donde el entrevistador tiene la intención de ubicar los aspectos tanto sociales y culturales dentro de un contexto más amplio.³⁰ Según Grønmo³¹, en los estudios cualitativos no hay necesidad de cuantificar y por eso las respuestas pueden estar en texto y no ser escogidos bajo una estructura predefinida. Esto facilita recopilar información más diversa.

El acercamiento semiestructurado ofrece flexibilidad y la oportunidad de variar o cambiar la estructura de la conversación según la necesidad del momento, pero conserva cierta estructura para cada entrevista. Este tipo de entrevistas, sobre el *livsverden* de mis informantes, es utilizado cuando los temas de la vida diaria deben entenderse desde la perspectiva propia del

²⁸ Kvale, Brinkman, *Det kvalitative forskningsintervju*, overs. Andersen y Rygge, 47

²⁹ Concepto: Es el mundo cotidiano de una persona, como se enfrenta e interpreta lo que está a sus alrededores.

³⁰ Ryen, *Det kvalitative intervju*, 99

³¹ Grønmo, *Samfunnsvitenskapelige metode*, 111

entrevistado y busca reunir descripciones con énfasis en las interpretaciones del sentido de los fenómenos actuales³².

En el libro de Kvale y Brinkman³³ mencionan aspectos o palabras claves, inspiradas de la fenomenología³⁴, para describir la realización exitosa de una entrevista cualitativa y semiestructurada. Lo más importante para esta investigación ha sido lo descriptivo, donde he intentado entender lo que hay detrás de las opiniones y actuación de mis informantes. Intenté tener una ingenuidad consciente, por la cual hice un esfuerzo de estar consciente y crítico ante mis propios prejuicios e hipótesis durante la entrevista. Así estaría abierto a fenómenos nuevos y tal vez inesperados. Otro desafío es la ambigüedad, es decir, la posibilidad de obtener respuestas contradictorias. Cuando sucede es importante aclarar si esto proviene de problemas de comunicación o si surge de verdaderas contradicciones en el mundo donde vive el informante. Es una situación interpersonal donde es importante mostrar sensibilidad para disminuir la posibilidad de causar ansiedad, despertar mecanismos de defensa u ofender al informante. La intención es que la entrevista sea una experiencia bonita para el informante.

2.2 Críticas a las investigaciones cualitativas

Una crítica de los métodos cualitativos argumenta es que son individualistas, porque en su gran mayoría suceden entre un investigador y un informante. Esto le quita la dinámica social a la conversación, el entrevistado se puede ver condicionado por la gente que le rodea y las opiniones que exprese pueden distar de la (verdadera) vida cotidiana de la persona.³⁵

Esta problemática fue en gran medida contrarrestada en esta investigación por el hecho de que, aunque había varias personas que acompañaban a los entrevistados dentro de la distancia de oír lo que dijiste el informante, esto no tenía un efecto significativo con los donde no habían otras personas cercanas.

2.3 Conseguir informantes

Durante mi formación académica he vivido en ambos países y esto me ha permitido adquirir un amplio conocimiento del idioma y la cultura de ambos países. Esa experiencia me ha

³² Kvale, Brinkman, *Det kvalitative forskningsintervju*, overs. Andersen y Rygge, 46

³³ Kvale, Brinkman, *Det kvalitative forskningsintervju*, overs. Andersen y Rygge, 46-49

³⁴ Concepto entendido como un interés para entender fenómenos sociales desde la perspectiva de los entrevistados y tratar de entender y describir el mundo según ellos, con base en su verdad. Porque no existe la verdad, sino diferentes verdades, según como lo entiende los informantes.

³⁵ Ryen, *Det Kvalitative Intervju*, 134-135

permitido conocer a muchas personas y conservar amistades y contactos tanto en Colombia como en México. Por un lado, en Medellín aproveché la hospitalidad de algunas de mis amistades para hospedarme durante la estancia y entablar conversaciones con algunos de mis futuros informantes. Así pues, escribí a algunos de mis conocidos que habían estudiado conmigo Ciencias Políticas a través de un grupo cerrado en Facebook y solicité su ayuda para buscar amas de casa que pudieran ser entrevistadas para el presente estudio. Algunos me respondieron, unos pocos me prometieron su ayuda y tan sólo 4 de ellos me ayudaron realmente a contactar con mis informantes. Me ofrecí a uno de estos contactos como informante para su propio proyecto sobre el *turismo negro* en Medellín, el cual estaba llevando a cabo con otros dos compañeros de clase. Gracias a ello, estos compañeros me invitaron a sus casas donde pude conocer a las *jefas del hogar*. Asimismo, mi amigo, en adelante J, me permitirá entrevistar a dos familiares suyos que residían en el Área Metropolitana de Medellín y dos (donde sólo uno fue incluido en mi tesis) fuera de la ciudad. Por otro lado, cuando llegué a México, donde también realicé un semestre de intercambio, esta vez durante el posgrado y en la Universidad Nacional Autónoma de México, intenté llevar a cabo el mismo proceso de reclutamiento de informantes, pero esta vez con menos éxito. Conseguí entrevistarme con una antigua compañera de piso y con seis personas más que vivían en el mismo barrio (Pedregal de Santo Domingo). También conseguí entrevistar a dos señores que vivían solos y que conocí en el metro. Los demás informantes los conseguí a través de amistades, de la universidad o por fuera.

En todos los casos empleo el método *bola de nieve*³⁶, pero no todos mis informantes salieron de la misma bola. Esto fue para evitar de obtener todos mis informantes desde la misma fuente inicial y su red de contactos. Mi objetivo fue obtener más variedad de informantes. Por ejemplo, en Colombia conseguí múltiples entrevistas a través de “J” y sus familiares y conseguí otras a través de diferentes amigos universitarios.

2.4 Participantes

En total participaron en el proceso de entrevistas 38 personas, 25 mexicanas y 13 colombianas.

³⁶ Método para obtener informantes donde el investigador consigue más informantes por recomendación de su primer informante y de estos otros consigue más hasta tener suficiente informantes.

2.4.1 México

Como se puede observar en la Tabla 1, en el caso de mis informantes procedentes de México el promedio de edad se sitúa en los 54 años, pertenecen a la clase media y proceden de distintos territorios aledaños a la Ciudad de México³⁷. Asimismo, 11 de estos informantes realizaron la entrevista en casa, mientras que el resto lo hicieron en su lugar de trabajo o en su centro de estudios.

Tabla 1: Información básica sobre mis informantes mexicanos

	Edad	Edades de los demás integrantes del hogar del entrevistado	¿Dónde vive?	¿Tiene trabajo?	Estrato socio-económico ³⁸	Lugar de entrevista
M1	78	1	Nativitas - CDMX	Jubilado	Clase media alta	casa
M2	77	1	Nativitas - CDMX	Jubilado	Clase media alta	casa
M3	73	?	Nueva Orleans - EE.UU	?	Clase media alta	casa de su tío
M4	58	7 (2) ³⁹	Pedregal de Santo Domingo – CDMX	Biblioteca de UNAM	Clase media baja	trabajo
M5	21	4	Ecatepec, Estado de México	Estudiante	?	escuela
M6	66	3	Tlalpan – CDMX	Jubilada y trabaja	Clase media	trabajo
M7	42	5	Pedregal de Santo Domingo, CDMX	Puesto de comida	Clase baja	Su puesto de comida
M8	61	7 (antes)	Cafetales, Coyoacán, CDMX	Jubilada	Clase media alta	casa de su hijo (y familia)
M9	59	2	Pedregal de Santo Domingo, CDMX	Si, una tienda	Clase media alta	trabajo
M10	46	3	Pedregal de Santo Domingo, CDMX	Puesto de comida	Clase baja - alta	La Pulquería al lado de su tienda/casa
M11	55	8	Pedregal de Santo Domingo, CDMX	Vende productos	clase baja	En la sastrería de

³⁷ Un mapa con la ubicación de mis informantes mexicanos se puede ver en el apéndice 2

³⁸ Según el investigador

³⁹ Tiene su propio hogar con su hijo dentro de la casa.

						M23
M13	78	5	Centro, Republica de Perú, CDMX	No	Clase media baja	casa
M14	32	3	Centro, Republica de Chile, CDMX	No	Clase media baja	casa
M15	31	4	Metepec, Estado de México	Si	Clase alta	Restaurante fino
M16 ⁴⁰	55	5 casa 5 familias	La Asunción, Xochimilco, CDMX	Dedican al campo	Clase media baja	frente su casa
M17	65	7	San Bartolo Atepehuacan, CDMX	No	Clase media baja	casa
M18	63	3 (4)	San Bartolo Atepehuacan, CDMX	Costurera	Clase media baja	casa
M19	59	2	Pedregal de Santo Domingo, CDMX	Sesiones de mercadotécnica	Clase media baja	casa
M20	57	5	San Sebastián, Toluca, Estado de México	Tiene dos tiendas. Ropa y para autos	Clase alta	casa
M21	51	4	San Buenaventura, Toluca, Estado de México	Dueños de un correlón	Clase media/alta	trabajo
M22	59	3	Izcalli de Rio, Tlalnepantla, Estado de México	Ex-policía	Clase media baja	casa
M23	22	5	Colonia Santa Cruz, Tlalpan, CDMX	Sastrería con el esposo	Clase media baja	Su trabajo y segunda casa
M24	52	6	Hierve el Agua, Oaxaca	Tiene un restaurant	Clase media baja	Su restaurant
M25	49	?	Coyoacán, CDMX	Purificador de agua	Clase media	En su trabajo

⁴⁰ La entrevista fue realizado con él, su esposa y otro familiar.

2.4.2 Colombia

Como se puede observar en la Tabla 2, en el caso de mis informantes procedentes de Colombia el promedio de edad se sitúa en los 57 años, pertenecen al estrato 2-3⁴¹ y proceden de distintos territorios aledaños de Medellín.⁴² Asimismo, todas las entrevistas fueron realizadas en la casa del informante.

Tabla 2: Información básica sobre mis informantes colombianos

	Edad	Edades de los demás integrantes del hogar del entrevistado	¿Dónde vive?	Tiene trabajo?	Estrato socio-económico	Lugar de entrevista
A1	59	4, 15, 17, 25	El Playón – Medellín	Ahora no	2	casa
A2	78	24, 24, 50	Barrio de las Flores - Envigado	Cocer con un amiga	4 o 5	casa
A3	73	17, 39, 40	El Playón - Medellín	No	2	casa
A4	58	7, 15, 18, 23, 33	Santa María – Itagüí	Educadora jubilada	3	casa
A5	55	27, 56	Don Matías, Antioquia	Aseo de casas	2	casa
A6	58	63, 14, 8 meses (nietos)	Ebejico, Antioquia	Restaurante escolar, jubilada	2	casa
A7	48	?	Heliconia, Antioquia	?	2	casa
A8	88	59, 55	Laureles, Medellín	Jubilada	5	casa
A9	52	20, 24	Alfonso López, Castilla - Medellín	Docente en básica primaria	3	casa
A10	32	6, 16, 70	Ajizal de Itagüí	Aseo en oficina	1 ó 2	casa
A11	25	22	Ajizal de Itagüí	Nada fijo	1 ó 2	casa
A12	47	21, 25	Buenos Aires, Medellín	Peluquera	3	casa
A13	68	?	Velódromo, Medellín	Masajista	4	casa

⁴¹ Colombia está dividido en estratos de 1-6, donde 6 es lo más alto. Estratos 3 a 4 baja pueden considerarse clase media.

⁴² Un mapa con la ubicación de mis informantes mexicanos se puede ver en el apéndice 3.

2.5 Herramienta de recogida de datos

Para poder mantener el enfoque durante la entrevista y no en tener que escribir notas a la misma vez, decidí emplear una grabadora durante las entrevistas. Durante todas las entrevistas llevé una plantilla de preguntas⁴³ para asegurar que durante mis entrevistas lograra seguir un orden similar. La guía tenía temas y sugerencias de preguntas. En adelante hay una muestra de mi plantilla:

Diabetes

“Según ellos, ¿Cómo se consigue o evade la diabetes (mellitus)?

¿Hablan de diabetes en la familia?

¿De dónde han conseguido la información sobre la diabetes? Amigos, prensa, televisión, novelas?”⁴⁴

2.6 Corpus de transcripciones

Algunas de las consecuencias principales por haber escogido el método de entrevista cualitativo y semiestructurado para la realización de esta investigación se puede observar en la siguiente muestra de una de mis entrevistas transcritas:

***Entrevistador:** Ahora vamos con el tercer y último tema que es la diabetes, en tu opinión como crees que uno adquiere la diabetes o logra no conseguirlo.*

***M10:** Pues mira yo soy diabética, pero ahora sí que yo me la gané, no sé si por muchos corajes que hacía en el trabajo o sustos aquí en la tienda, porque tres veces me asaltaron aquí me sacaban la pistola, yo pienso que por eso me llego la diabetes y otra por la obesidad, si es por eso también puede adquirirla.*

***Entrevistador:** ¿Y desde cuando sabes que tienes diabetes?*

⁴³ También conocido como guía de entrevista.

⁴⁴ Extracto de mi guía de entrevista. Se encuentra en su totalidad al final de este texto como apéndice 1

M10: *Tengo nueve años. Fui al médico y me hizo estudios y ahí fue donde me di cuenta, y es que la verdad a mí me gusta mucho el refresco, cuando mi papá puso la tienda, hace como treinta años, yo la trabajaba y fácil en todo el día me tomaba unos diez refrescos de los chiquitos, ahorita ya lo he dejado por lo de la diabetes.*

Entrevistador: *Entonces, cuando supiste que tenías diabetes, ¿lograste cambiar algo?*

M10: *Si eso fue porque ya no puedes tomar tanta azúcar.*

Entrevistador: *Y ahora los tres hablan de la diabetes?*

M10: *Si por que los tres la tenemos, nada más que mi mamá tiene más años.*

Entrevistador: *¿Entonces la adquirieron como adultos?*

M10: *Mi papá y mi mamá sí.*

Entrevistador: *La información que tienes de la diabetes, ¿la conseguiste del doctor, de periódicos, de televisión?*

M10: *Por el médico porque fue el que nos diagnosticó y nos mandó con la nutrióloga para que nos diera la dieta, y también tenemos la hipertensión, que también se debe controlar, no comer mucha sal.*

En el ejemplo anterior se puede ver cómo el informante, por no tener que meter su respuesta dentro de unas categorías predefinidas, podía responder ampliamente a una pregunta sobre la etiología de su enfermedad.

A la misma vez podía adaptar mis preguntas para aclarar la respuesta del informante. Por ejemplo, podía preguntar a qué edad sus padres adquirieron la enfermedad, para poder distinguir, si era cuestión de diabetes Tipo 1 o *diabetes mellitus*.

La misma muestra también ilustra la importancia de mantener una ingenuidad consciente frente a nuevos fenómenos como la etiología de la diabetes del informante. Era importante no hacer preguntas demasiado críticas con respecto a la etiología del informante, para no despertar mecanismos de defensa o causar ansiedad. La intención era que la entrevista quedara como una experiencia bonita para el informante.

2.7 Procedimiento de recogida de datos

Para llevar a cabo esta investigación he realizado dos estancias un en México y otro en Colombia. En primer lugar viajé a Colombia, donde permanecí por menos de un mes, desde el 10 de octubre de 2016 hasta el 30 del mismo mes, y después viajé a México durante 4 meses, desde el 30 de octubre de 2016 hasta el 1 de marzo de 2017. Mi plan inicial era únicamente medir la incidencia de la diabetes en México, a través de entrevistas con amas de casa en la capital mexicana, sin embargo de camino a México había decidido hacer una escala en Medellín, Colombia, donde había vivido previamente durante dos semestres por motivos de intercambio universitario de pregrado. Durante el tiempo que pasé en Colombia comencé la preparación de mi trabajo y las entrevistas que realizaría en México y me sorprendió la gran diferencia en la tasa de mortalidad causada por la diabetes en México y en Colombia, por lo que decidí aprovechar mi tiempo en Medellín y, con la ayuda de mis contactos, comenzar una segunda investigación paralela que me permitiera establecer una comparativa. Ello me permitía presentar un panorama más completo de la incidencia de la diabetes en Latinoamérica.

En total se llevaron a cabo 38 entrevistas, si bien solo se consideraron 30 de ellas, ya que algunos informantes de ambos países (Tabla 3) fueron excluidos. La principal razón de dicha exclusión fue porque estas personas no cocinaban en su casa o porque había demasiadas interrupciones por parte de otras personas presentes.

Tabla 3: Informantes excluidos para esta investigación

Informantes excluidos	
Colombia	
A7	Mal sonido en la grabación
México	
M3	No vive en México
M5	No cocina
M8	Mucha interferencia
M9	Mucha interferencia
M12	Mal sonido en la grabación
M22	No cocina
M24	Mucho estrés e interrupciones

2.8 La realización de las entrevistas

La plantilla de preguntas para las entrevistas fue elaborada en torno a palabras clave. Antes de viajar a Colombia y más tarde a México tenía que formular y diseñar un guía de preguntas para la entrevista. La desarrollé en colaboración con mi asesor en Noruega y contenía tres temas fundamentales: alimentación, consumo de líquidos y las visión y conocimiento sobre la diabetes. Tomando como base estos tres temas se formularían las preguntas. El orden de estos tres temas no fue elegido al azar sino que decidí escoger el tema de la diabetes como el último tema por considerarlo como el más sensible de todos y para que los dos primeros temas no se vieran condicionados por las preguntas del tercer bloque. Para preparar la entrevista se iniciaba la conversación con preguntas informales y básicas: primer nombre, edad, barrio, integrantes de la casa/familia.⁴⁵ Al final también se incluían algunas preguntas concretas sobre el consumo de líquidos, si practicaban un deporte en su familia. Por último les pedía permiso para tomar una foto del refrigerador.

Esta estructura fijada en la plantilla utilizada para realizar las entrevistas viene motivada por la necesidad de asegurar que los temas y fenómenos principales de mi investigación estarían incluidos en cada entrevista. Además, ello permitía también poder garantizar posibles comparaciones a través de las entrevistas.⁴⁶

Para poder hacer una recolección de datos, de los cuales incluyen suficiente información personales para poder identificar a mis informantes, pedí permiso de NSD⁴⁷ para poder realizarlo. Sólo después de conseguir este permiso pude comenzar con las entrevistas. Durante las entrevistas, esta plantilla me ayudó a mantener la atención en los principales temas. Durante el tiempo que duraban las entrevistas intenté guiar a todos mis informantes para tratar los temas que me interesaban para la investigación. Asimismo, intentaba que mis prejuicios no me limitaran y mantuve una actitud abierta en todo momento, como cuando, por ejemplo, algunos informantes emplearon mitos⁴⁸ para explicar su enfermedad. Así pues, hice un esfuerzo para que la entrevista fuera una experiencia positiva tanto para mis informantes como para mí, sobre todo porque todos ellos estaban colaborando altruistamente conmigo.

También tuve en consideración el hecho de que una entrevista es una situación intrapersonal, es decir, éramos dos personas que se podían ofender mutuamente, por tanto tuve que medir mis palabras para disminuir la posibilidad de ofenderlos. Si el informante

⁴⁵ Ryen, *Det Kvalitative Intervju*, 100

⁴⁶ Ryen, *Det Kvalitative Intervju*, 107

⁴⁷ Norsk Senter for Forskningsdata: 50124 / 3 / AGL

⁴⁸ Creencias culturales sobre etiologías de la enfermedad no basada en la medicina.

tenía una respuesta ambigua o contradictoria intentaba averiguar si era por culpa de una mala comunicación entre nosotros o si tenía opiniones contradictorias. Esto último pasó precisamente cuando les preguntaba a mis informantes sobre la dieta que seguían, lo cual interpretaban como una dieta para pérdida peso (en vez de interpretarlo como régimen alimentario). Cabe señalar, no obstante, que en ninguna de mis entrevistas les pregunté directamente a mis informantes si tenían diabetes, y ni en los casos en los que algunos admitieron tener la enfermedad ahondé en las razones que los habrían llevado a desarrollarla, de acuerdo con la ética del investigador sobre los posibles beneficios de preguntar y los posibles daños que esta pregunta puede causar en el informante.⁴⁹ En cuanto a la posibilidad de causar cambios en las actitudes y opiniones de mis informantes, intentaba disminuir esto viéndolo como un aspecto negativo si el investigador afecta al entrevistado, siendo positivo o negativo. Aun así, en algunas entrevistas me sentí forzado a preguntar lo que puede ser interpretado como preguntas inductivas para aclarar sus opiniones sobre un tema específico, lo cual podría haber causado un cambio en la visión del informante sobre el tema.

2.9 Cambios de guion durante la implementación

A lo largo de las entrevistas que realicé tuve que introducir algunos cambios en la plantilla de preguntas. Al principio quería preguntarles sobre la cantidad de consumo que hacían de diferentes líquidos. Sin embargo, desde el inicio de mi investigación decidí preguntar solamente sobre qué tipo de bebidas tomaban y únicamente qué cantidades de agua bebían diariamente. Esto se debe a que me parecía confuso tratar el consumo de líquidos luego de haber hablado de la diabetes, ya que debería haberse dado a la inversa.

En la mayoría de los casos mis informantes no sabían distinguir entre el Tipo 1 y el Tipo 2 de diabetes. Al inicio de mi investigación, mi objetivo principal era profundizar en la *diabetes mellitus* (el Tipo 2) y plantear preguntas que giraran en torno a ello, pero durante mi tiempo en Colombia descubrí que la gente, por lo general, no sabía distinguir entre las dos. Por este motivo es que al final de mi estancia en Colombia decidí hablar en términos generales al preguntar por “la diabetes”. En todo caso, en este trabajo se considera importante la distinción entre la diabetes del Tipo 1 y el Tipo 2. Al menos así lo sentí cuando les preguntaba a mis informantes por la edad a la que ellos o sus familiares desarrollaron esta enfermedad, pues si lo desarrollaron durante su vida adulta es bastante probable que se trate de *diabetes mellitus*, una enfermedad que actualmente se considera una epidemia global.

⁴⁹ Kvale, Brinkman, *Det kvalitative forskningsinterview*, overs. Andersen y Rygge, 107

2.10 Transcripción de las entrevistas

A finales del año 2016 había terminado con las entrevistas y necesitaba su transcripción, sin embargo debido a mis dificultades para comprender las mismas y realizar la tarea de transcripción consulté con el tutor de mi investigación y opté por contratar a una persona que pudiera hacerlo. Conseguí la ayuda de una transcritora profesional y jubilada. Fue un total de 10 horas en entrevistas.

2.11 Limitaciones y deficiencias con mi investigación

Mi investigación tuvo algunos problemas en su desarrollo y presenta algunas limitaciones. En primer lugar, se realizaron algunos cambios en las preguntas de la plantilla utilizada para las entrevistas durante mis estancias en México y Colombia. Fue al llegar a México cuando empecé a preguntar de manera global por la diabetes y no por la *diabetes mellitus*, como sí había hecho en Colombia. Por un lado, el tema de la actividad física, que necesitaba mayor visibilidad, al principio se encontraba al final de la entrevista y de manera generalizada se preguntaba sobre la participación de la familia en actividades físicas organizadas. Por otro lado, el sedentarismo, considerada como una de las principales causas de la diabetes, no fue tratado manera adecuada. Se incluyeron preguntas sobre la visión de mis informantes del valor de la actividad física, pero se podría haber añadido su conocimiento sobre la causa de la diabetes, en caso de tenerlo y querer compartirlo.

En segundo lugar la manera de conseguir las entrevistas tampoco no fue la ideal en Colombia, pues 4⁵⁰ de mis informantes fueron familiares de “J”. El resto de informantes eran familiares de amigos o conocidos de la universidad, por lo que hay que tener en consideración que es probable que los colombianos que tienen familiares en una de las mejores universidades públicas del país, La Nacional o La Universidad de Antioquia, tengan un perfil distinto a los demás.

En México, en cambio, una parte significativa de las entrevistas fueron hechas en barrios de los estratos más bajos, una condición distinta a la de mis informantes con los que me encontré en Medellín. De todas maneras, como se puede observar en las tablas, 1 y 2, en ambos países fueron incluidos una parte significativa de personas de estratos bajos.

En tercer lugar, la mayoría de los entrevistados fueron mujeres, mayor de edad. Les pregunté sobre cosas históricamente ubicadas en el ambiente femenino y puede haber influido en las

⁵⁰ A1, A3, A5 y A6

conversaciones que soy un hombre, joven (27 años) y extranjero. Para esto no vi una manera de prevenir.

Teniendo en consideración los posibles aspectos negativos de este método de conseguir entrevistas, donde el investigador corre el riesgo de solo conseguir informantes de la misma familia, grupo de amigos, ubicación geográfica o de estrato socio-económico, etc., el método de recogida de datos fue adaptado a las necesidades de la investigación para garantizar, asimismo, la mayor diversidad posible.

El siguiente capítulo representa la parte cuantitativa de esta investigación, donde haré un intento de explicar por qué hay más diabetes en México y por qué hay más muerte por causa de la enfermedad. Se ha incluido para visualizar la parte cualitativa en un contexto más amplio.

3 Una mirada a las estadísticas disponibles para intentar entender las diferencias entre Colombia y México en cuanto a la problemática de la diabetes y su mortalidad.

Como se ha señalado a lo largo de este trabajo, México y Colombia son dos países que se han visto afectados de manera muy diferente por la epidemia de la diabetes; mientras que el primero cuenta con un porcentaje de mortalidad atribuida a la enfermedad de un 14 %, el otro apenas llega al 3 %. Un reporte publicado en Salud Pública en 2011⁵¹ estudió la diabetes en México y Colombia entre 1998 y 2007, con datos procedentes del Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI) en México y el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE) en Colombia, las dos principales instituciones de estadística de cada país. Los resultados de este estudio mostraban que en Colombia la tasa estandarizada de mortalidad por diabetes pasó de 28,1 en 1998 a 29,3 muertes por cada 100 000 personas en 2007, mientras que en México se incrementó de 101,4 a 135,1. Este estudio tenía como parámetro los habitantes de 20-79 años.

De acuerdo con los datos que se pueden observar en la Tabla 4, la estadística presenta unos resultados que permiten establecer algunas conclusiones en torno a las tasas de diabetes en ambos países. En primer lugar, dado que México es un país casi tres veces más grande que Colombia, ello implica que necesariamente la problemática de la diabetes afecte a un mayor número de personas. No obstante, aunque la esperanza de vida en ambos países no presenta una diferencia significativa, esto contrasta con la prevalencia nacional de diabetes, ya que México tiene un porcentaje más alto de personas con diabetes. De acuerdo con los datos proporcionados por el IDF en su reportes⁵², la prevalencia nacional de la diabetes en México fue en aumento desde 2003 hasta 2011, casi el doble en ambos países, para después empezar a bajar.

⁵¹ Dávila-Cervantes, et al., "Diabetes en México y Colombia: análisis de la tendencia de años de vida perdidos, 1998-2007"

⁵² IDF Diabetes Atlas, 2nd-6th edition.

Tabla 4: Información sobre la incidencia de la diabetes en México y Colombia

	México	Colombia
Población (2015):	127,017.000	48,229,000
Esperanza de vida al nacer (2015) (h/m)	74/80 años	71-78 años
Obesidad ⁵³	32, 1 % (H: 26, 3 % M: 37, 4 %)	17,3% (H: 11,3 % M: 22,9 %)
Diabetes	OMS: 10.4% (2014) (H: 9.7%, M: 11.0%) IDF ⁵⁴ : 11.8 % (2013), 14.8 % (2011) 9.4 % (2007), 7.4 % (2003)	OMS: 8.0% (2014) (H 7.6%, M: 8.5%) IDF: 7.1 % (2013), 9.1 % (2011), 4,6 % (2007), 4.3 % (2003)
Diabéticos no-diagnosticado ⁵⁵	2,180.850 personas. (2013) (2.9 % de la población entre 20-79 años)	513.560 personas. (2013) (1.7 % de la población entre 20-79 años)
Muertes por causa de la diabetes ^{56 57}	2013: 70,281 (95 por cada 100 mil personas) 2007: 52,813 (81 por cada 100 mil personas) - (H: 23,082, M: 29,731)	2013:15,373 (51 por cada 100 mil personas) 2007: 14,439 (52 cada 100 mil personas) - (H:7,167, M: 7,272)

Realizado con datos desde Organización Mundial de Salud^{58 59 60 61} y la IDF ^{62 63 64 65}

En segundo lugar, de acuerdo con los estudios del IDF se estima que México tiene 4 veces más personas diabéticas no diagnosticadas que Colombia en el rango de la población entre 20-79 años y casi el doble en cuanto al porcentaje de la población. Este aspecto también conlleva su propia problemática, pues una persona con diabetes que no ha sido diagnosticada no puede cambiar su estilo de ni vida ni someterse a exámenes médicos para controlar los efectos de la enfermedad.

En tercer lugar, se observan algunas diferencias de género. En el año 2007 murieron más mujeres que hombres por causa de la diabetes en México, mientras en Colombia lo mortalidad fue casi igual entre hombres y mujeres hay una diferencia significativa en el porcentaje de

⁵³ BMI (Kilogramos / metros²): por encima de 30.

⁵⁴ IDF, Scorecard, “Diabetes raw national prevalence”, 88 y 98

⁵⁵ Estimación de personas entre 20-79 años con diabetes que no han sido diagnosticados.

⁵⁶ Población entre 20-79 años

⁵⁷ IDF emplearon un programa de software para calcular las muertes: DisMod II.

⁵⁸ OMS. “Datos estadísticos sobre México”

⁵⁹ OMS, “Country Profile: México.”

⁶⁰ OMS. Datos estadísticos sobre Colombia.

⁶¹ OMS, “Country Profile: Colombia.”

⁶² IDF, “Diabetes Atlas 2nd edition”, 50 y 56

⁶³ IDF, “Diabetes Atlas 3rd edition”, 70 y 80

⁶⁴ IDF, “Diabetes Atlas 5th edition”, 98 y 104

⁶⁵ IDF, “Diabetes Atlas 6th edition”, 116 y 120

obesidad entre ambos países. México presenta casi el doble de personas afectadas por obesidad comparado con Colombia, sin embargo, aunque en ambos casos se puede observar que la obesidad afecta con mayor frecuencia a las mujeres que a los varones, en Colombia el porcentaje de mujeres obesas es el doble que el de los varones obesos.

Según otro reporte de IDF⁶⁶, para el año 2014 México y Colombia han logrado disminuir un número similar de muertes relacionadas con la diabetes gracias a las inversiones destinadas a la salud pública para combatir y prevenir la diabetes, donde México logró una disminución de 8% y Colombia de 7%.

3.1 Obesidad y actividad física

De acuerdo con estos datos, se puede establecer que existe una conexión entre la obesidad y la *diabetes mellitus*, siendo el estilo de vida el factor que más contribuye a su desarrollo. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁶⁷, la obesidad es uno de los principales causantes de la epidemia de la *diabetes mellitus* y ambos tienen su origen en un cambio de los hábitos alimenticios en la población y la reducción de la actividad física. De una alimentación más tradicional basada en el consumo de productos que se cultivan en la tierra, la población experimentó un cambio en sus hábitos alimenticios caracterizado por el aumento en el consumo de alimentos con un denso contenido energético, ricos en grasas saturadas, azúcares y sal. En cuanto a la actividad física, los expertos aseguran que es recomendable caminar un mínimo de 30 minutos al día, algo que entre el 30 y 60 % de la población en el continente americano no logra⁶⁸.

Según cifras de Instituto Nacional de Estadística y Geografía en México (INEGI), el 58,2 % de los mexicanos mayores de 18 años son físicamente inactivos y no cumplen con los mínimos de actividad física recomendada por la OMS⁶⁹, la cual recomienda: “Acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.”⁷⁰. El INEGI ha medido el porcentaje de personas que realizan actividad física o deportiva en su tiempo libre para obtener el porcentaje de personas

⁶⁶ IDF. Global Diabetes Scorecard. 2014

⁶⁷ Organización Panamericana de la Salud. Obesidad un precursora de la Diabetes. 2012

⁶⁸ OPS. Obesidad un precursora de la Diabetes. 2012.

⁶⁹ INEGI. Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico, 2016.

⁷⁰ OMS, Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 2010.

que se consideran activas y los resultados concluyen que de los 41,8% autocalificados como activos físicamente, menos de la mitad (46,1 %) cumplen con las recomendaciones de OMS.

Por su parte, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar lanzó en Colombia su reporte anual en 2010⁷¹, donde concluye que 1 de 2 colombianos cumple con las recomendaciones de actividad física, y dentro de este 50% concretamente el 46,1 % de mujeres y el 63,5 % de hombres cumplen respectivamente con las recomendaciones de los organismos internacionales de salud. Los resultados afirman, además, que muchos colombianos prefieren el uso de la bicicleta o caminar como medios de transporte. No obstante, una mirada más atenta a la estadística señala que en realidad el 13,8 % de mujeres y el 28,8 % de hombres entre 18 y 64 años realizan verdaderamente actividad física durante su tiempo libre, ya que dentro de ese 50% se incluyen aquellas personas que prefieren el uso de bicicleta o caminar como medio de transporte habitual. Esto concuerda con otro reporte colombiano⁷² que se llevó a cabo en el año 2007, y el cual señalaba que el 79,0 % de los encuestados mayores de 18 años afirmaba ser físicamente inactivo en su tiempo libre, es decir, tan solo el 21% de los encuestados cumplía con las recomendaciones de la OMS.

Algunos aspectos que influyen en la realización de actividad física son el nivel socioeconómico, la educación o el género. Así pues, en el MOPRADEF del INEGI⁷³, señala que en México el 55% de los encuestados que poseían educación superior realizaba actividad física durante su tiempo libre, frente al 30 % de las personas que no terminaron su educación básica. Se pueden observar asimismo algunas diferencias de género en cuanto a la distribución de la actividad física en la población mexicana. El mismo estudio de INEGI señala que los varones son más activos que las mujeres. Tan solo el 43% de mujeres que comprenden el rango de edad entre los 35 y 44 años se pueden considerar físicamente activas, dentro de los grupo menores y mayores aún menos, lo cual está estrechamente ligado al aumento de la tasa de obesidad entre la población femenina. Por el contrario, en el caso de los hombres durante su juventud (18-24 años) se observa una mayor actividad física, 59,8%, para luego experimentar un descenso a partir de los 55 años de edad a 40,3 %.

En Colombia el ENSIN realizado en 2010 también mostraba diferencias entre los distintos niveles socioeconómicos y diferencias de género. Por un lado, el estudio concluía que “las

⁷¹ Ministerio de la Protección Social. “Resumen Ejecutivo ENSIN.” 2010.

⁷² Ministerio de la Protección Social. *Encuesta Nacional de Salud de Colombia*. 2007.

⁷³ INEGI. Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico, 2016.

personas de nivel socioeconómico más bajo realizan menor AF⁷⁴ por recreación, mientras que el uso de la bicicleta como medio de transporte es más común en la población de menor nivel de SISBEN⁷⁵.”⁷⁶ Por otro, se podía observar una notable diferencia entre mujeres (13,8%) y hombres (28,8%).

Después de analizar los porcentajes en sendos países se puede concluir que no existe una diferencia significativa en el nivel de actividad física en el tiempo libre entre los mexicanos y los colombianos., ya que en ambos países solo 1 de cada 5 cumple con las recomendaciones de la OMS. Por el contrario, sí se observa una mayor diferencia en la prevalencia de la obesidad y el nivel de actividad física entre hombres y mujeres. En México el nivel de obesidad es mayor que en Colombia, sin embargo la diferencia en cuanto al género en Colombia está más acentuada, siendo las mujeres quienes presentan un mayor índice de obesidad y menor actividad física respecto a los varones.

3.2 Consumo de líquidos

3.2.1 Consumo de refrescos

Como se ha señalado hasta ahora, la falta de un mínimo de actividad física es uno de los factores principales en el desarrollo tanto de la diabetes como de la obesidad en la población. Otro factor influyente en el desarrollo de las mismas es el cambio de los hábitos alimenticios que la sociedad ha experimentado en el último medio siglo, especialmente con la introducción en el mercado de las bebidas azucaradas como los *refrescos* (México) o las *gaseosas* (Colombia).

⁷⁴ Actividad Física

⁷⁵ Estrato socioeconómico.

⁷⁶ Ministerio de la Protección Social. Resumen Ejecutivo ENSIN. 2010.

Tabla 5: Consumo de bebidas azucaradas en Latinoamérica

Bebidas carbonatadas (Refresco/Gaseosa)		
	País	Consumo per cápita 2013 (Litros)
1	Argentina	144,8
2	México	142
3	Chile	138,6
4	Uruguay	115,9
5	Bolivia	87,2
6	Guatemala	82,9
7	Brasil	80,8
8	República Dominicana	69
9	Costa Rica	68,9
10	Colombia	66,5
11	Ecuador	63,8
12	Venezuela	62,6
13	Perú	54,9

Dentro del contexto solamente latinoamericano en el año 2013, según un reporte del Euromonitor, aquí citados en Dinero.com.⁷⁷

De acuerdo con los datos proporcionados en la Tabla 5, se puede observar que México es el segundo país latinoamericano que más refrescos consume, con un total de 142 litros al año por persona. En cambio, Colombia se encuentra muy por debajo de estas cifras en el puesto número 10 con un consumo total de 66,5 litros al año. Esto tiene, sin embargo, no tiene necesariamente un efecto directo de causalidad con las muertes atribuidas a la diabetes, ya que se puede observar que en la misma lista Argentina⁷⁸ y Chile⁷⁹ ocupan los puestos 1 y 3 respectivamente, y al contrario de lo que sucede en México, la tasa de mortalidad por diabetes se sitúa en el 3% al igual que Colombia. Con todo, el consumo de bebidas azucaradas está íntimamente ligado al riesgo de desarrollar la *diabetes mellitus*; el estudio *Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes* del años 2010⁸⁰ concluía que consumir 1 ó 2 latas diarias de bebidas azucaradas al día aumentaba en un 26% el riesgo de desarrollar esta enfermedad en un futuro. Este puede ser el caso de Chile y Argentina en

⁷⁷ Dinero.com. *Los 10 países latinos que más gaseosas consumen.*

⁷⁸ OMS Perfil de país: Argentina.

⁷⁹ OMS Perfil de país: Chile.

⁸⁰ Malik et al., “Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes”.

cuanto a la relación del consumo de refresco y la tasa de mortalidad, un consumo alto de refresco ahora no significa más muerte al corto plazo, sino que los efectos de un consumo alto de refresco en estos dos países ahora puede causar más muertes por diabetes más adelante.

3.2.2 Acceso al agua potable

El acceso al agua potable en México y Colombia es otra gran diferencia entre los dos países, ya que de manera general se puede afirmar que en Ciudad de México el agua del grifo no es potable mientras que en Medellín sí lo es. Empresas Públicas de Medellín E.S.P. (EPM) garantiza el consumo de agua potable de la capital de Antioquia, y cuyo abastecimiento cubre al 100% de las áreas urbanas del Valle de Aburrá⁸¹, si bien es cierto que todavía quedan algunas áreas periféricas en las que el acceso al agua potable es restringido o inexistente. En el municipio de Medellín hay más de 25 mil personas que no cuentan con agua.⁸²

En la Ciudad de México el problema no es únicamente el agua potable sino el agua corriente. En cuanto al acceso al agua potable y al agua en general, el Valle de México se encuentra en una posición poco favorable dentro del contexto mexicano, ya que el valle donde se ubica la zona metropolitana cuenta con una disponibilidad natural media per cápita extremadamente baja en el país. Según cifras oficiales del Estado mexicano, un 97,5 % de las viviendas del Distrito Federal cuentan con servicio de agua potable en 2010⁸³, algo que contrasta con la investigación llevada a cabo por Montero-Contreras en 2016, en el cual se constaba que al menos el 85 % de población en el Distrito Federal consumía su agua potable embotellada⁸⁴.

Tabla 6: Promedio de gasto trimestral en hogares mexicanos en MXN^{85,86}

	Agua embotellada	Refresco
2006	222,74	186,61
2008	244,08	193,21
2010	253,38	196,98
2012	254,52	221,28

Lo anterior, Tabla 6 implica que para el capitalino promedio mexicano el agua embotellada se convierte en un gasto más dentro del presupuesto mensual destinado al hogar. También se

⁸¹ Empresas Públicas de Medellín E.S.P. Aguas.

⁸² Escobar, Paola Morales. “Cerca de 26.126 viviendas no tienen servicio de agua en Medellín.”

⁸³ INEGI. Agua potable y drenaje. 2010.

⁸⁴ Montero-Contreras. “El consumo de agua embotellada en la Ciudad de México desde una perspectiva institucional.”

⁸⁵ Pacheco-Vega. “Agua embotellada en México.”

⁸⁶ MXN: Peso mexicano. Salario mínimo diario 2016: 73MXN

puede ver que en promedio el mexicano gasta más en agua embotellada que refresco, pero la diferencia es pequeña.

Tabla 7: Información sobre el consumo de agua embotellada en el año 2016 y su valor⁸⁷

País	Agua Millones de litros	Valor Millones de USD
México	3978,1	28922,3
Brasil	3070,8	8302,9
Guatemala	1086,1	1944,5
Colombia	438,9	949,6
Chile	400,4	457,4

Dentro del contexto latinoamericano, la Tabla 7 muestra que México es el mayor consumidor de agua embotellada, por encima de Brasil, el país más grande de la región y con una población que dobla a la mexicana⁸⁸. La misma tabla también ilumina una gran diferencia en el precio del agua, donde el mexicano tiene que pagar más que el doble del brasileño. El Distrito Federal (hoy CDMX) tenía en 2012 el gasto mayor de todo México en agua embotellada con un gasto de 353,8 MXN por trimestre⁸⁹, con casi 100 MXN por encima del promedio nacional. La misma investigación de Montero-Contreras de 2016 muestra que la justificación que hacía el 70% de la población para no tomar agua del grifo en CDMX se debía a recomendaciones de familia o amigos. Este consumo de agua embotellada en general es un negocio que solamente en la capital mexicana aporta más de 4600 millones de MXN⁹⁰. De acuerdo con lo expuesto anteriormente, se puede afirmar que la conexión entre el consumo de refrescos y el acceso al agua potable es de gran relevancia para poder entender la relación que estos tienen, a su vez, con la situación actual de la diabetes en México. Del mismo modo, ello explica por qué Colombia no se ha visto afectada por la diabetes en el mismo grado.

3.3 Conclusión

En conclusión, se puede afirmar que la epidemia de la diabetes ha tenido un impacto de diferente intensidad en México y en Colombia. En cuanto a los factores que parecen influir en el desarrollo de esta enfermedad hay algunas diferencias y similitudes: por un lado, los dos

⁸⁷ Forero, “Venta de agua en botella mueve US\$10.237 millones.”

⁸⁸ CIA World Factbook, Brazil, 2016

⁸⁹ Pacheco-Vega “Agua embotellada en México.”

⁹⁰ En 2011, lo que significaba 450 millones de USD

países muestran un bajo porcentaje de actividad física de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, sin embargo, este porcentaje se ve influido por las diferencias socioeconómicas, educativas y de género. Tanto en México como en Colombia los varones son más activos que las mujeres y, en general, las capas más enriquecidas de la población muestran un mayor índice de actividad física. En segundo lugar, la obesidad afecta en mayor porcentaje a México que a Colombia, mientras que en Colombia este problema parece concentrarse en el género femenino. Por último, respecto al consumo de bebidas azucaradas, México dobla el porcentaje de consumo respecto a Colombia. Una de las posibles causas es el hecho de que en México se consume 8 veces más que en Colombia el agua embotellada debido a la pobreza de los recursos naturales por persona de los que dispone México DF, lo cual a su vez incrementa el gasto en el hogar. Para combatir el efecto de estos factores sobre el desarrollo de la diabetes parece necesario, por consiguiente, crear un plan de prevención nacional que apueste por un cambio en el estilo de vida y en la alimentación de la población. En el próximo capítulo se presentará la visión que tienen mis informantes sobre la alimentación, especialmente en cuanto al consumo de líquidos, y la visión que poseen sobre la enfermedad.

4 La incidencia de la diabetes y los obstáculos para su prevención: Un análisis de las perspectivas de mis informantes

En esta parte de la investigación se profundiza en cómo la epidemia de la diabetes está afectando a la población mexicana y colombiana, para lo cual se lleva a cabo un análisis de las entrevistas realizadas en Ciudad de México y Medellín. Esta parte de la investigación tiene como objetivo brindar una perspectiva de cómo la problemática de la diabetes está afectando a mis informantes entrevistados y a sus familiares. Esta perspectiva, no obstante, se ha limitado a las personas que se encargan del mantenimiento del hogar, ya que su opinión acerca de los hábitos alimenticios, la comida en general y su visión sobre la enfermedad nos permitirá presentar un panorama general de la situación de la diabetes a nivel nacional. Para ello, se analiza un total de 30 entrevistas, 18 en México y 12 en Colombia, las entrevistas fueron divididas en 3 bloques temáticos, y que tienen como objetivo explorar cuál es su estilo de vida y la percepción que tienen de la diabetes (ver Metodología). La alimentación, el consumo de líquidos y la visión y conocimiento sobre la diabetes son los tres temas principales de la presente investigación.

4.1.1 El ama de casa: Desde lo tradicional hasta lo moderno

Para explicar la figura de las amas de casa en la sociedad actual se emplea la escala de Criado, para las ama de casa, la cual incluye el modelo más tradicional hasta el modelo más moderno⁹¹. Es decir, se trata de una escala que recoge a la abuela más tradicional que dedica todo su tiempo al mantenimiento del hogar y de la familia, que cocina para satisfacer a los que están a su alrededor, y que está dispuesta a realizar todo tipo de sacrificios por su familia, y a la nieta que trabaja a tiempo completo, cocina de manera rápida y tiene que adaptar la comida al gusto de su familia, pero al mismo tiempo se siente más libre. No obstante, casi todas ellas se encuentran en un punto intermedio.

El ama de casa tradicional se caracteriza por la estricta división de género en la familia; mientras que la mujer es la encargada exclusiva de la alimentación y la salud de la familia, el

⁹¹ Criado, "El valor de la buena madre"

hombre es quien tiene la tarea de proveer económicamente a la unidad familiar, lo cual a veces implica pasar todo el día fuera de casa.

El modelo de mujer tradicional está estrechamente relacionado con el concepto de la *buena madre*, que según el polo tradicional se caracteriza por un modelo de mujer centrada en su familia y en el cual el mero hecho de preocuparse por uno mismo o por su salud se considera como algo casi inmoral.⁹² Una buena madre es aquella que se entrega a su familia y no miraría por sí mismo, sino se sacrificó por el bien de su familia en cuanto a su cuerpo, tiempo y deseos, porque esto es menos importante que asegurar que la familia tenga sus necesidades cumplidos. Se trata, asimismo, de mujeres cuya vida social es muy escasa y se limita a la convivencia con otras amas de casa que viven en las cercanías, y con las que comparten consejos sobre comida y la familia en general. Las mujeres que se ubican más cerca del polo tradicional se caracterizan, por la entre y el sacrificio, son el tipo de personas que miden el valor de su trabajo en la cantidad de tiempo invertido y el sacrificio hecho por su familia.

Este modelo de mujer influye necesariamente en el modelo de alimentación que sigue la familia, ya que se considera que la comida debe elaborarse con alimentos naturales y tradicionales, procedentes de la tierra, y con tranquilidad, pues es la comida preparada lentamente y con *amor* la que aleja la enfermedad.⁹³ Esta separación de la alimentación y la salud lleva a la creencia de que lo que la familia come no puede producir una enfermedad a largo plazo, tan solo se contemplan la posibilidad de envenenamiento o indigestiones puntuales.⁹⁴

Al otro lado del espectro se encuentran las mujeres más cercanas al nuevo modelo de ama de casa. El oficio del ama de casa ha cambiado mucho en las últimas décadas, al mismo tiempo que el propio rol de la mujer en la sociedad se ha desarrollado. Alejado del modelo tradicional en el que la mujer pasaba el día en casa entregada a las labores del hogar, en la actualidad se puede ver que las mujeres tienen trabajos fuera del hogar aunque ello no las exime de sus responsabilidades domésticas. En palabras de Montiel:

⁹² Criado, “El valor de la buena madre”, 105

⁹³ Criado, “El valor de la buena madre”, 106

⁹⁴ Criado, “El valor de la buena madre”, 107

“En este sentido, cuando la mujer se incorpora al mercado de trabajo, su carga de trabajo doméstico no se reduce, ni significa, necesariamente, la incorporación de otros miembros de la unidad doméstica (como el esposo o los hijos) al trabajo doméstico. “
95

Las mujeres modernas tienen que hacer frente a una jornada doble, o mejor dicho una jornada y media, para cumplir con las demandas del hogar. Al pasar la mayor parte del día fuera del hogar no tienen la misma cantidad de tiempo que las mujeres más tradicionales y por ello están forzadas a optimizar su tiempo.⁹⁶ En cuanto a la alimentación, esto se traduce en una alternancia entre comidas tradicionales y lentas que requieren una inversión de tiempo y comidas rápidas y fáciles⁹⁷, es decir, un mayor consumo de comidas precocinadas y procesadas de manera industrial⁹⁸. Estas últimas son, no obstante, las más deseadas por los jóvenes de la casa, de modo que esta demanda sumada al tiempo limitado disminuye las posibilidades de preparar algo sano. Esto influye a su vez en la bebida, ya que las comidas prefabricadas se consumen normalmente con bebidas azucaradas.

En contraste con las amas de casa más tradicionales, las nuevas amas de casa son las que más conocen y utilizan los términos de la medicina moderna sobre la nutrición, posiblemente por un aumento de la tasa de escolarización, y distinguen entre los buenos y las malas amas de casa, según su conocimiento sobre la nutrición⁹⁹. Sin embargo el conocimiento sobre lo saludable del ama de casa moderno puede entrar en conflicto con la necesidad de complacer a su familia, pero por eso siempre hay las que son peores. Fruto de esta nueva perspectiva, estas mujeres tienen una perspectiva negativa de las mujeres que están encerradas en una dinámica más cercana al polo tradicional. Se considera mujeres con derechos propios y defienden tanto la escolarización como la independencia femenina, al mismo tiempo que incorporan los valores más tradicionales, bajo los cuales fueron educadas, y combinan los hábitos alimenticios tradicionales con los nuevos conocimientos en nutrición adquiridos.¹⁰⁰ Debido sus raíces tradicionales se puede justificar comida como bueno por siempre haberlo

⁹⁵ VEGA, “Por la visibilidad de las amas de casa”, 182

⁹⁶ Criado, “El valor de la buena madre”, 114

⁹⁷ Criado, “El valor de la buena madre”, 101

⁹⁸ Criado, “El valor de la buena madre”, 104

⁹⁹ Criado, “El valor de la buena madre”, 102

¹⁰⁰ Médico dedica al estudio de la alimentación humana.

comido algo como malo únicamente por ser nuevo. Ejemplo de lo nuevo y por es o no tradicional puede ser pastas o hamburguesas.¹⁰¹

Una vez expuestas las diferencias y similitudes de los dos modelos, cabe destacar que la mayoría de estas mujeres se encuentran en un posición intermedio que aúna los valores más tradicionales con el nuevo estilo de vida. Si bien existen algunas diferencias socioeconómicas, y lo cierto es que entre las clases populares solo una pequeña parte se pueden ubicar en el modelo más moderno, es un hecho que la mayoría se encuentra en una posición intermedia donde quieren ser tanto modernas como tradicionales: “Si, por una parte, insisten en la cantidad de trabajo doméstico realizado y en la entrega a la familia, por otra, celebran la posibilidad de disfrutar de más ocio y reniegan de las marujas encerradas en casa. Esta tensión atraviesa sus prácticas y discursos.”¹⁰²

Esta es la realidad a la que enfrentan la mayoría de las amas de casa en Colombia y en México. La sociedad ha cambiado y la posición de la mujer también. Tiene más posibilidades de encontrar comida pero al mismo tiempo deben satisfacer los deseos de la familia. La clase social a la que pertenecen estas mujeres también influye una gran influencia, ya que si cuentan con recursos económicos y/o un nivel de educación superior tienen más libertad, pero por lo general la posición actual de la mujer en estos países es la de defender su rol como buenas madres de acuerdo con los valores tradicionales de la sociedad y al mismo tiempo adaptarse al nuevo modelo de mujer moderna.¹⁰³

Dentro de este modelo binario mis informantes se han clasificado según dónde se ubican en la línea entre el polo tradicional y moderno. Los criterios de clasificación se relacionan con distintos factores, donde la dedicación a tiempo completo al hogar era solo uno de ellos.

4.1.2 La incidencia de la diabetes entre mis informantes mexicanos y colombianos

Para poder hablar de las perspectivas de mis informantes sobre la alimentación y la diabetes, es importante primero aclarar cuál es su relación con la enfermedad. Por eso en los siguientes dos tablas, 8 y 9, se puede ver quién de mis informantes es diabético y quien lo tiene en su familia cercana, extendida o por matrimonio. En las partes que han quedado blancos, es

¹⁰¹ Criado, “El valor de la buena madre”, 110

¹⁰² Criado, “El valor de la buena madre”, 100

¹⁰³ Criado, “El valor de la buena madre”, 110

porque el informante no contribuyo información para llenarles en forma afirmativo o negativo. En la Tabla 8 se puede observar de los 18 informantes que completaron las entrevistas en México, 3 de ellos afirman tener diabetes y 10 de ellos confirman la existencia de diabetes entre sus familiares más cercanos, mientras que solo 3 de mis informantes afirmaban no ser diabéticos ni haber miembros en su familia o sus parejas que tuvieran la enfermedad. De estos 3 últimos, a M25 no le pregunte sobre la temática de la diabetes porque la entrevista con él fue a propósito de su trabajo como dueño de una purificadora de agua; los otros 2, M1 y M20 aseguraban tener amigos con la enfermedad. Estos datos confirman que hay una fuerte presencia de la diabetes a nivel nacional, lo cual se manifiesta en las respuestas de mis informantes que formaron parte de esta investigación.

Tabla 8: Información sobre la prevalencia de la diabetes en mis informantes mexicanos y sus familiares

México				
	¿Tiene el informante diabetes?¹⁰⁴	Familiares cercanos	Familiares extendías	Por matrimonio
M1				
M2		Abuelo		
M4		Hermano		Cuñado
M6	Si	Padre y abuela materna	Tíos	
M7		Madre		Esposo
M10	Si	Madre y padre		
M11				Esposo
M13				Papa de esposo
M14		Abuela		
M15		Hermana	15 tíos	
M16				Papa de Rosa
M17		Madre y hermano		
M18		Hermana		Esposo
M19		Madre y hermana		
M20				
M21				Esposo y "toda" su familia
M23	Sí		"Toda" la familia de su papa	
M25				
	3 de mis informantes en México confirman tener diabetes.	10 de mis informantes en México dicen tener familiares cercanos con diabetes	3 de mis informantes en México dicen tener familiares más lejanos con diabetes. Puede ser más, no pregunte específicamente sobre eso.	6 de mis informantes en México dicen haber diabéticos en su pareja o su familia cercana.

De acuerdo con los resultados que recoge la Tabla 9, en Colombia solo 2 de los 12 informantes que realizaron las entrevistas pueden tener diabetes, pero solo la mitad tiene diabéticos en su familia más cercana y tan solo un cuarto tienen familiares lejanos con la enfermedad. El informante cuya pareja tenía diabetes también informó que la esta poseía la enfermedad. La señora A8 fue la única que ni tenía diabetes ni familiares o amigos con la enfermedad. De acuerdo con esa estos datos se puede afirmar que en mis informantes la diabetes es una enfermedad conocida, bien porque la poseían o bien porque tenían familiares o amigos diabéticos. En ocasiones resultaba difícil saber si el informante tenía diabetes o no,

¹⁰⁴ Nunca pregunte directamente si el informante tenía diabetes.

en parte porque nunca se les preguntó de manera directa. Un ejemplo de ello es la señora M10¹⁰⁵, por las explicaciones que daba, todo parecía indicar que sufría de un nivel de azúcar muy alto. Aseguraba que su madre no tenía “azúcar en la sangre”¹⁰⁶, porque ella no consumía mucho dulce. Por el contrario, A10 consumía muchos dulces y decía tener una reacción reactiva porque le baja el azúcar. Decía creer que todas las personas que sufren de obesidad “tenemos” diabetes y por ello le habían recomendado (no especifica si los médicos) que disminuyera el consumo de azúcar, aunque no hace caso y sigue comiendo de todo.

Tabla 9: Información sobre la prevalencia de la diabetes en mis informantes colombianos y sus familiares

Colombia				
	¿Tiene el informante diabetes?	Familiares cercanos	Familiares extendías	Por matrimonio
A1		Madre y hermana		
A2			Prima	
A3		Mama y 2 hermanos	4 tías	
A4		Mama y 2 hermanos		
A5	Probable			
A6		Madre		
A8				
A9		Madre		Ex-esposo
A10	?			
A11			Tías de su madre	
A12			Un tío	
A13		Hermana		
	2 de mis informantes en Colombia pueden tener diabetes.	6 de mis informantes en Colombia tienen familiares cercanos con diabetes.	4 de mis informantes en Colombia tienen familiares lejanas con diabetes. Puede ser más porque no pregunte específicamente sobre eso.	1 de mis informantes en Colombia dicen haber tenido un esposo diabético.

4.2 La alimentación en La Ciudad de México y Medellín

La región de Antioquia en Colombia, donde se encuentra Medellín, y la capital mexicana y sus alrededores poseen dos cultural gastronómicas muy distintas, pero también se pueden encontrar muchas similitudes. Ambas regiones comparten históricamente el consumo de maíz

¹⁰⁵ A5 es otro ejemplo: Cuando le pregunte si alguien en su casa tenía diabetes me contesto que “Soy la única que tengo, pues supuestamente disque (dicen que) soy diabética, pero los exámenes últimamente me salen muy bien”.

¹⁰⁶ Nombre popular de la diabetes en Colombia.

y frijoles. En México el maíz se consume de muchas formas, pero esencialmente se hace a través de las tortillas de maíz. En Medellín por el contrario estas tortillas son más gruesas y se conocen popularmente como *arepas*. Cada región posee su propia especialidad, por ejemplo la tortilla de Oaxaca (sur de México) es mucho más grande que la de CDMX y en el norte del país se hacen con harina, mientras en la costa del Caribe colombiana las fríen. En gran medida la tortilla capitalina y la arepa paisa se parecen mucho.

Asimismo, en Colombia lo que llaman plato fuerte es el almuerzo, que en México se denomina simplemente *la comida*, y consiste de dos platos, un primero que suele ser sopa y un segundo que por lo general incluye arroz o legumbres (sobre todo frijoles) acompañados de carne.

4.2.1 Análisis de las entrevistas en México

Tabla 10: La ubicación de mis informantes mexicanos dentro de la escala Moderno-Tradicional de Criado

	Género	Trabajo	Moderno/Tradicional
M1	Hombre	Señor soltero jubilado. Empresa familiar	Más moderno
M2	Hombre	Señor soltero jubilado. Economista	Más tradicional
M4	Mujer	Trabaja	Más tradicional
M6	Mujer	Jubilada, pero trabaja	Más moderna
M7	Mujer	Tiene un puesto de comida	Más tradicional
M10	Mujer	Tiene un puesto de comida	Más tradicional
M11	Mujer	Ventas	Muy tradicional
M13	Mujer	Dedica al hogar	Más tradicional
M14	Mujer	Dedica al hogar	Más moderna
M15	Mujer	Tiene empresa con su esposo	Muy moderna
M16	Hombre	Agricultor, esposa se dedica a la casa	Muy tradicional
M17	Mujer	Dedica al hogar	Muy tradicional
M18	Mujer	Costurera	Más tradicional
M19	Mujer	Sesiones de mercadotecnia	Muy tradicional
M20	Mujer	Dueño de tiendas	Más moderno
M21	Mujer	Empresa con su esposo	Más tradicional
M23	Mujer	Empresa con su esposo	Muy tradicional
M25	Hombre	Empresa propia.	Muy moderno

*Interpretación del investigador

En México había 3 informantes que se dedicaban a tiempo completos al cuidado de su hogar, mientras que los 15 restantes tenían distintos trabajos o estaban simplemente jubilados.

Algunas de ellas tenían empresas con sus esposos, puestos de comida ambulantes, o incluso

una de ellas afirmó seguir trabajando pese a que estaba jubilada. De este conjunto, las informantes M13 Y M14 llaman la atención porque eran las más jóvenes del grupo de informantes mexicanos y, sin embargo, estaban dedicadas por completo al hogar.

Este hecho aparentemente las ubica más cerca del polo tradicional, pues M13 tiene 3 hijos y M14 tiene un hijo y ambas proceden del centro histórico de la ciudad donde aún residen.

La informante M13 creció en un hogar en el que la matriarca además de cuidar de sus 9 hijos tenía un local de comida rápida, si bien esto no influyó en los hábitos alimenticios con los que crío a la familia, pues según asegura la informante no tomaban refrescos, ni dulces ni carne de cerdo. La informante asegura que quiere seguir el ejemplo de su madre y procura alimentar a sus tres hijos con comida saludable, muchas veces sirviéndose de recetas que encuentra en internet ya que nunca aprendió a cocinar. Su hijo mayor tiene sobrepeso y según el nutriólogo tiene que quitarle la sopa de su comida, que también contiene el arroz y un guisado.

Cuando le pregunté dónde compraba su comida me comentó que en un mercado del centro de la ciudad. También explicó que ahora que su esposo ganaba más dinero era más fácil hacer la compra, ya que antes debía pensar en la manera más rentable de hacer la compra ya que “mi hijo come mucho”. Cuando le pregunté sobre el contenido de su cesta de la compra, aparte de las frutas y verduras, también incluía cereales. Le pregunté qué tipo compraba y me contestó que cereales azucarados o “el que a ellos les guste”, de modo que el gusto de sus hijos influye en la elección de la comida al realizar la compra semanal.

La informante M14 vivía con su familia antes de mudarse con su pareja. En casa de sus padres consumía muchos productos cárnicos porque, como aún sucede en las mentalidades más tradicionales, toda comida debe contener carne para considerarse que alimenta. Después de mudarse a vivir con su propia familia ha cambiado mucho su dieta y ahora comen muchas más verduras y frutas. “Ahora pienso que entre menos carne comas, es mejor.¿no?” Fue su novio quien le convenció de que debía comer menos carne. También si prepara una sopa de pastas, siempre lo hace con verduras, pues según ella su dieta básica debe contener por lo menos tres frutas y dos verduras. Siempre le ha gustado cocinar y antes de mudarse a vivir con su novio estudio cocina en una escuela. Intentan tener fruta siempre en la nevera, especialmente para que su hijo se acostumbre a consumirlos. A diferencia de M13, la madre de M14 se dedicaba a tiempo completa a su hogar.

Las dos informantes, al inicio de sus 30s, se dedican a tiempo completo al hogar aunque crecieron de diferente forma y tienen vidas y concepciones distintas ahora. La informante

M13, que proviene de una familia donde la comida saludable era la norma habitual, parece no haber podido implementar el mismo estilo de vida con el que creció en su propia familia. A la hora de casarse, M13 escogió como marido a un hombre que provenía de una familia con un estilo de vida poco saludable, y fue a través de ellos con quienes probó cosas anteriormente prohibidas para ella, como los tacos o la Coca-Cola. Actualmente, M13 necesita recurrir a la ayuda de un experto en nutrición para tratar el sobrepeso de su hijo. En el caso de M14 sucedió lo contrario contrario; acostumbraba a cocinar con su madre platos que contenían carne y cuando formó su propio hogar comenzó a consumir menos carne y más verduras por influencia de su marido.

Otra de las informantes que llama la atención es M18, una señora puede que considerarse como una mujer moderna porque trabaja largas jornadas (08.00-17.30) como costurera fuera de casa. Además, es madre soltera de 3 niños, de modo que cada mañana debe preparar el desayuno antes de ir al trabajo y en cuanto vuelve al hogar tiene que cocinar para todos. Debido a su trabajo no puede hacer comidas que requieran mucho tiempo, cuando ella llega por fin a casa su familia ha estado esperando ya durante demasiado tiempo y debe buscar recetas fáciles y rápidas. En este sentido, esto es lo más cercano que la informante M18 se encuentra del polo moderno, aunque afirma que cuando cocina no se estresa y si tiene tiempo prepara comidas más elaboradas para satisfacer a sus hijos. Ella misma no se reconoce como una mujer moderna, de hecho se refiere de manera peyorativa a estas mujeres asegurando que alimentan a sus hijos con comidas enlatadas y precocinadas.

La informante M15 es la más parecida al polo moderno. Proviene de un estrato alto de la sociedad y tiene un negocio junto a su marido, lo cual le impide ser completamente independiente. En su familia cuentan con un ayudante, *la chica*, que les ayuda en la casa, pero no cocina para ellos. Es M15 quien se encarga de ello, al menos para su propia comida. Al hablar de comida se refería a ella con términos de nutriología y medicina (“tres porciones de proteína”). Tiene un médico japonés al que acude para mantenerse en un peso estéticamente adecuado y que le ha hecho cambiar las porciones de comida que consume durante los dos últimos años. Según ella todos los excesos son malos. Cuando le pregunte si la diabetes estaba en aumento en México hoy en día me respondió que sí, “porque como la mujer tiene que trabajar pues no tiene quien cocine entonces les dan cualquier cosa a los hijos”.

La señora M18 tiene algo en común con otros de mis informantes, y es que nacieron fuera de la Ciudad de México¹⁰⁷. Todas proceden de pequeños pueblos en el campo, por ello es recurrente al preguntarles sobre su infancia que describan una niñez caracterizada por la pobreza, si bien ahora su situación ha mejorado en términos económicos. Uno de mis informantes, M10, decía que antes tenían menos recursos económicos, por eso el desayuno siempre eran frijoles con huevo, pero ahora podía comerse unos *hot-dogs*, *sopas* o quesadillas, algo que antes era impensable. La misma señora cuando le pregunte sobre qué es la comida saludable me respondió que una dieta que contuviera verduras, poca carne roja, pollo y pescado. La dieta, decía, se establece conforme al presupuesto de la persona. Admite que si tuviera dinero le gustaría acudir a un profesional en nutrición para elaborar una dieta equilibrada. Cuenta que antes pudo ir a un nutricionista, pero seguir una dieta equilibrada requiere mucha fuerza de voluntad.

La informante M19 decía que sus padres eran muy pobres y por eso creció con sopa, frijoles, agua de limón, tortilla y nopales, una dieta parecida a lo que comía M11: “Puros frijoles, nopales, tortilla y carne muy poca.” También M18 contó que su desayuno en el campo era tortillas hechas a mano, té y frijoles si había. Aunque lo recuerda con muchas carencias, sus recuerdos de su niñez en el campo son bonitos. La informante M7 dice que comen mejor ahora que antes, aunque antes comía fruta todos los días.

Para M19 su dieta ha cambiado. El día de nuestra entrevista su desayuno fue arroz con bistec a la mexicana, aunque más tarde me decía que estaba en una dieta y que no debería comer carne roja, sino verdura. Las verduras, junto al pescado, fue lo primero que mencionó cuando le pregunté sobre lo que ella consideraba como saludable, y considera que la carne debe consumirse en pocas cantidades porque la industria cárnica inyecta productos químicos en los alimentos. Por último, mencionó también las frutas y comentó que no era conveniente comer galletas o mucha pasta.

La informante M11, originaria de Oaxaca y parte del pueblo nativo de los zapotecos (idioma que todavía hablan en la familia), sigue comiendo una dieta muy parecido a la que comía en su tierra natal. Sigue las recetas de su madre, que considera “Es la herencia que nos dejan”, en la que los frijoles y los nopales siguen ocupando un lugar importante en la dieta de su familia.

¹⁰⁷ M11 (de Oaxaca) y M23 (de Vera Cruz).

Una cosa que atribuye mi interpretación de M11 como un ama de casa tradicional es que el único alimento que menciona como no saludable fue la pasta, un alimento no tradicional mexicano. Esto concuerda con la teoría expuesta Criado sobre el ama de casa tradicional¹⁰⁸, según la cual los productos de su tierra son los productos que se considera sanos.

Otra razón para cambiar la dieta puede ser por causa de un cambio en la salud de la persona. La informante M6 era una oficinista jubilada y diabética que parecía muy bien informada, hablaba de proteínas y minerales, y en general diferenciaba la comida saludable de la no saludable. Me explicaba la importancia de no exagerar y seguir ante todo una dieta equilibrada y tradicional mexicana, pero admitía que de vez en cuando, especialmente los fines de semana, era común cometer excesos y salir a comer tacos, tomar cervezas, etc. Intentaba seguir una dieta equilibrada, organizada y controlada, pero de vez en cuando admitía otra clase de productos. Conforme la entrevista avanzaba me fue contando más detalles sobre su vida como enferma de diabetes y sobre su rutina cuando trabajaba en la oficina. Describía una vida agradable pero también desordenada: nada más despertarse tomaba Coca-Cola y así seguía el resto del día. Al llegar a la oficina lo primero que tomaba era un café y después ordenaba su comida, normalmente quesadillas. No fue hasta que descubrió que tenía diabetes que empezó a cambiar su alimentación, probablemente el motivo por el cual poseía tantos conocimientos sobre alimentación.

Los ejemplos aquí mencionados muestran la diversidad de las interpretaciones de las jefas de hogar mexicanas sobre la alimentación. A la luz de las respuestas que han aportado a las preguntas se puede afirmar que una mujer que trabaja para mantener a la familia no tiene necesariamente que considerarse como un ama de casa moderna, mientras que una mujer joven que se dedica al hogar a tiempo completo se puede ubicar en el espectro de mujeres modernas por su conocimiento nutricional. Las dos son responsables de la alimentación de sus familias y la única diferencia que se puede señalar entre ellas es la edad y la generación a la que pertenecen. Otros factores que también pueden influir son la educación, el tiempo, los niños y la pareja. En este sentido, la informante M14 se encuentra en una posición más favorecida porque cuenta con el respaldo de su pareja, tiene la posibilidad de estudiar y solo tiene un hijo. Entre las señoras M15 y M18 existe también una diferencia clave: el nivel socioeconómico; mientras que la informante M18 pertenece a la clase media baja, M15

¹⁰⁸ P.110

pertenece a la clase alta, lo cual se traduce en unos recursos económicos que le permiten acudir a un nutricionista extranjero que elabore una dieta personalizada para ella.

El rol de las amas de casa ha cambiado y México no es una excepción. Como muestra la Tabla 7 hoy en día la mayoría de mis informantes tienen un trabajo pagado fuera de casa, pero ello no significa que se hayan alejado del modelo de mujer tradicional, ni que todas ellas se hayan convertido en mujeres modernas. Lo cierto es que los valores tradicionales siguen siendo vigentes a través de las distintas generaciones, pero se han ido adaptando a las necesidades de la nueva sociedad. Del mismo modo, para algunas de ellas la dieta ha cambiado significativamente, mientras que otras siguen comiendo prácticamente lo mismo que comían antes.

4.2.2 Análisis de las entrevistas en Colombia

Como se puede ver en la tabla que sigue a continuación, en Colombia solo una de las informantes en edad de trabajar se dedica al cuidado del hogar a tiempo completo, ya que otras lo hacen a tiempo completo porque ahora están jubiladas. Menos de la mitad trabajaban a tiempo completo cuando se realizó la hora de la entrevista.

Tabla 11: Tabla 8

A1	Mujer	Jubilada. Trabajo desde 14 años	Muy tradicional
A2	Mujer	¿Jubilada? Cose con un amiga	Más tradicional
A3	Mujer	No	Más moderna
A4	Mujer	Educadora, jubilada	Más moderna
A5	Mujer	Aseo de casas	Más tradicional
A6	Mujer	Jubilada. Trabajó en restaurante escolar.	Muy tradicional
A8	Mujer	Jubilada. Oficinista	Más tradicional
A9	Mujer	Docente básica de educación primaria	Más tradicional
A10	Mujer	Aseo de oficina	Más tradicional
A11	Hombre	Nada fijo, dedica al hogar	Muy moderno
A12	Mujer	Peluquera	Más moderna
A13	Mujer	Masajista	Muy moderna

*Interpretación del investigador

La señora A1 decía haber trabajado desde los 14 años en distintos oficios. Desde muy temprana edad fue madre soltera, pero ahora que sus hijos han crecido y trabajan pueden contribuir con los gastos del hogar y ella ha podido retirarse. Actualmente solo el hijo menor vive en el hogar familiar, pero viven un total de 5 personas ya que 3 de sus nietos viven con ella. La señora llegó a Medellín a los 10 años desde el campo, viene del mismo pueblo que A6 y pertenecen a la misma familia, pero nacieron en años distintos, 1957 (A1) y 1958 (A6). Ambas se pueden ubicar cerca del polo tradicional de las amas de casa. A1 ha tenido que luchar para sobrevivir en un barrio popular, con una madre y una hermana diabéticas, donde proveer de comida sana y nutritiva a los niños de la casa puede ser una tarea ardua. De manera general, afirma que han tenido que consumir aquello que podían conseguir, lo que significa comidas procesadas y embutidas. Según ella, una de las peores cosas de la comida en la ciudad en la actualidad son los químicos¹⁰⁹, una perspectiva que comparten muchos de mis informantes¹¹⁰ y que está en concordancia con el polo tradicional de las ama de casa, donde todo tiene que ser natural.

¹⁰⁹ El uso de químicos en la comida. Lo contrario de lo *natural*

¹¹⁰ La problemática de “los químicos” en la comida comparte con: A3, A4, A9,

Las dos mujeres pueden ubicarse en el polo más tradicional, aunque ambas han trabajado fuera del hogar. La informante A1 contaba lo mucho que tuvo que sufrir para mantener a su familia, sacrificó todo por sus hijos, a los cuales tuvo que criar ella sola porque su pareja los abandonó. A esto hay que añadirle además el ambiente urbano y marginalizado en el que convivía diariamente con la criminalidad y la escasez de comida. Cuando hablaba de su infancia en el campo afirmaba que comían mucho mejor y que hubiera preferido quedarse allí, pero con 10 años no se tenía en cuenta su opinión. Su familiar A6 sigue viviendo cerca del pueblo donde A1 nació y cuando le pregunté si había cambiado algo en su dieta durante su vida respondió que come exactamente lo mismo ahora que antes. Las dos aprendieron sobre la diabetes cuando llevaron a sus respectivas madres al hospital. A1 hace sus compras a diario, de manera semanal y a veces de manera quincenal, mientras que A6 hace una compra de alimentos no perecederos una vez al año, y muchas de las verduras como el plátano, la yuca o el frijol las cultivan, y cocina sus arepas en un horno de leña. Ambas comen frijoles cada día. Es posible ver muchas similitudes entre las dos señoras, pero también grandes diferencias. A1 sufría de obesidad hasta que tuvo que implantarse un marcapasos y ello la obligó a cambiar su dieta. Al igual que otros informantes atribuyen la diabetes al consumo de harinas y azúcar.

Otro familiar de A1, la señora A10 vive junto con su padre de 70 años y sus dos hijos de 16 y 6 años. Aunque trabaja como limpiadora en una oficina de arquitectos debe encargarse de la alimentación de su familia. Esto significa que cada quincena¹¹¹ tiene que ir a hacer la compra de fruta, verdura y carne. Prepara los alimentos y los organiza en bolsas para marcas las porciones. Para cumplir con sus labores en el hogar y además llegar al trabajo, debe levantarse a las 4.30 para cocinar el almuerzo que después su padre se encargará de calentar.

La señora A8 pertenece al estrato 5¹¹² y asegura que exagerar con la comida es peligroso, motivo por el cual solo come la mitad de lo seco. Tampoco utiliza especias como el comino o la pimienta porque no las considera normales y solo añade cebolla o cilantro cuando quiere condimentar sus platos. Otros peligros según ella son las grasas y el azúcar.

La señora A4 fue profesora pero ahora está jubilada y ahora vive con su marido y sus 4 hijos, con edades comprendidas entre los 18 y los 33 años, y a los que todavía se refiere como *niños*. Sus hijos consumen muchas harinas pero ella lo retiró de su alimentación cuando unos exámenes médicos indicaron que sufría de colesterol y, explica, la harina produce tanto

¹¹¹ Reciben el salario cada segunda semana.

¹¹² Colombia está dividido en estratos de 0-6, donde 6 es lo más alto.

colesterol como diabetes. Afirmaba que ella comía más saludable cuando era niña porque no había tanto pan y la leche venía directamente de la vaca, en general no había tanto añadidos químicos en los alimentos. Otro aspecto curioso con A4 y la relación con sus hijos es que solo los adultos en la casa comen verduras. Si ella prepara un pico de gallo¹¹³ todos los comen, pero si lo hace con zanahoria o remolacha no lo comen. Otro aspecto que ubica A4 cerca del polo moderno es la falta de insistencia para que sus hijos coman de todo; ella admite que son difíciles y se limita a preparar lo que ellos quieren, aunque esto incluya altas cantidades de harina.

La informante A2 también viven con comensales caprichosos, sus dos nietos que van a la universidad y su hijo de 50 años. Durante nuestra entrevista la señora comentaba que era difícil cocinar porque había muchas cosas que les gustaban y muchas se veía obligada a comprar refrescos o embutidos aunque a ella no le gusten. La doctora explicaba que su médico le había recomendado no consumir frijoles, ni garbanzos, ni lentejas, tan solo ensaladas.

Otro aspecto atribuido a las amas de casa modernas es el uso de terminología específica de nutrición para describir su comida. Este ejemplo se puede observar en la informante A12, una peluquera profesional que vive con su pareja y sus dos hijos, y que emplea el término *lactosa* al lado de *yogurt* o *leche*, habla de que el almuerzo debe tener proteínas y harinas. Dice que come lo mismo ahora que antes, pero que ahora por la edad ha tenido que modificarlo. Habla también de la necesidad de alimentarse y no solo llenar el estómago, pues para ella un concepto importante es el equilibrio. Después de investigar un poco sobre la manera de alimentarse adecuadamente, aprendió la importancia de las porciones, como que en el almuerzo solo debe tener 125 gramos de proteína y que las harinas se convierten en algo malo para la salud con la edad.

Otro de mis informantes, la señora A13 es la que mejor conocimiento posee sobre temas de alimentación. Vive con su esposo y sus tres jóvenes y es masajista profesional, pero también fue se educó como administradora de empresas y es sin duda la señora mejor informada sobre la alimentación y su conexión con las enfermedades no transmisibles. Algo que caracteriza su dieta es que come poca grasa, dulce y harinas, y muchas frutas y verduras. Su filosofía es que comer saludable no tiene que ser difícil, ya que hay alimentos que son sanos y sabrosos.

¹¹³ Ensalada hecho con tomate cebolla, ajo y cilantro.

El único hombre que logré entrevistar en Colombia, y también el más joven, fue el informante A11, el cual vivía con su novia. Debido a que ella trabaja a tiempo completo y también estudiaba, mientras que él solo trabajaba de manera esporádica, tuvo que hacerse cargo de las labores del hogar. Aunque eran muy jóvenes y tenían recursos económicos escasos, lograban alimentarse de manera adecuada. Seguían una dieta tradicional antioqueña, es decir, consumían arepas diariamente. Los alimentos no perecederos, como el arroz, los compraban cada 3 meses en La Mayorista, el principal mercado en el valle de Aburra y ubicado en su municipio de Itagüí. Lo que me fascinó más de este joven, dos años menor que yo, fue que tenía una visión muy tradicional de la comida, pero implementado con el conocimiento adquirido tras su breve estancia en la universidad. No sufría con sus trabajos domésticos porque le parecía natural realizarlos mientras su novia trabajaba o estudiaba. Explicaba que siguiendo el modelo de alimentación básico de su región le permitía controlar sus gastos. En esto también influye el aspecto de vivir en los estratos más bajos de la ciudad, estrato 1-2¹¹⁴, ya que cuando se vive en barrios obreros la comida y los alquileres suelen ser más baratos. De este modo, para complementar la comida con alimentos no perecederos se pueden comprar plátanos por 100COP¹¹⁵, de los cuales siempre hay.

4.2.3 Comparación

El rol de las amas de casa ha cambiado y junto a ello se ha sucedido a su vez un cambio en la forma de alimentarse y concebir la comida. Como se ha podido observar en las respuestas de las informantes que han participado en el presente trabajo, el cambio de un modelo de mujer tradicional hacia un modelo más moderno es un fenómeno que sigue en evolución. Pocas de estas mujeres se dedican a tiempo completas a su hogar, sino que cada vez son más las que salen a trabajar sin que ello las exima de sus responsabilidades dentro de casa, por eso ninguna de ellas se puede clasificar de manera tajante en un modelo u otro. Lo que la diferencia entre ellas es la dedicación. Lo que las diferencia entre ellas son sus conocimientos, sus valores y las oportunidades con las que se han encontrado a lo largo de sus vidas. Hay algunas que han podido estudiar y conseguir buenos trabajos, pero también se puede encontrar con otras que simplemente trabajan para mantener la economía familiar. En cuanto a lo que comen actualmente, hay algunas que no han hecho cambios en su alimentación, mientras que

¹¹⁴ Los estratos 1-2 representan las clases más bajas de Colombia

¹¹⁵ Pesos colombianos. Salario mínimo mensual 2016: \$689.454 COP. Según cifras de El Espectador, “Salario mínimo para 2016 quedó en \$689.454”, 2015.

otras han realizado cambios en sus hábitos alimenticios. Lo que sí parecen tener en común las mujeres de ambos países es que sobre ellas recae la responsabilidad de la alimentación del hogar. Muchas de ellas se adaptan a los gustos de sus hijos aunque ello implique que estos consuman elementos que no son saludables; otras en cambio han seguido con la comida de siempre, sin tener en cuenta si es del gusto de todos. En algunos casos ellas mismas quienes no quieren comer lo mismo que comían durante su infancia y prefieren los nuevos productos que la industria alimenticia ofrece.

4.3 Consumo de líquidos

La alimentación también incluye otro factor importante, el consumo de líquidos, pero por su importancia hemos dedicarle un apartado independiente. Cabe aclarar que por consumo de líquidos se entiende principalmente el agua, pero también otras bebidas como el café, la leche, el *aguapanela* y el refresco.

En el contexto del consumo de diferentes tipos de líquidos, resulta de gran importancia mencionar que es posible sobrevivir solamente con agua, de hecho el agua es el único líquido reconocido como un derecho humano.¹¹⁶ Aun así, en mis entrevistas aparecen personas que o bien no toman agua o lo hacen por obligación, como en el caso de la informante A3, quien asegura que no le gusta el sabor y le provoca náuseas si intenta tomarla, aunque ella misma reconoce después que es fundamental el consumo de agua.

4.3.1 El consumo de líquidos en México

Como se había señalado anteriormente, en México, debido a la falta de recursos naturales que permitan la ingesta de agua potable directamente del grifo, lo normal es comprar agua embotellada en los supermercados. La informante M20 con su propia experiencia da buena cuenta de esta situación en México: contaba que normalmente su familia, compuesta por 4 personas, consumía una garrada en tres días, pero si hacía frío podía durar hasta una semana. Esto significa una disminución de 10L por persona por semana cuando hace calor y de hasta 5L cuando hace frío. La informante M25, dueño de una purificadora de agua, confirmaba esta gran disminución del consumo de agua durante el invierno mexicano, llegando a disminuir en un 50% su consumo durante los meses de invierno.

¹¹⁶ United Nations, “The human right to water and sanitation.”

Como el agua se compra en forma embotellada es posible hacer un cálculo de las cantidades pagadas por mis informantes mexicanos para obtener agua potable. En la tabla que sigue a continuación se puede ver que el precio promedio de una garrafón¹¹⁷, para mis informantes, es de 21 MXN, las más baratas a 13 MXN y las más caras a 38 MXN, lo cual implica que un litro de agua puede costar desde 1/2 MXN por litro hasta casi 2 MXN.

El mismo archivo muestra que tres de mis informantes mexicanos toman de la llave, desde la informante M16 que vive en Xochimilco y siempre ha tomado directamente del grifo, hasta M6 que vive en Tlalpan y siempre ha tenido el costumbre y sólo lo hierven el agua cuando viene gente de visita¹¹⁸. Al otro lado del espectro se encuentra M15, la cual tiene un filtro propio traído desde Japón por un precio de más o menos 6000 MXN. El precio de este filtro equivaldría a un total de 286 garrafones si pagaran un precio intermedio. Parece una gran inversión pagar 6000 MXN, pero M15 decía que el filtro solamente había que lavarlo y se podía seguir usando. Otra razón que aducía para usar este filtro es que el plástico de los garrafones, al contacto con el sol contaminaban el agua con toxinas, y por tanto resultaba igual de dañino consumir agua de garrafón que agua sin filtrar. Algo parecido señalaba la informante A25, opinaba que los garrafones de plásticos deberían sustituirse por las de vidrio.

¹¹⁷ Contenedor de agua de 20 litros

¹¹⁸ Tlalpan y Xochimilco son las estrellas más al sur de la mapa en apéndice 2

Tabla 12: Información sobre el precio de garrafón de mis informantes mexicanos

Precio del garrafón México 2016			
Informante	Precio	Servicio	Tipo
M1	15	A la casa	Purificado
M2	16	En el expendio	Purificado
M4	38 ¹¹⁹	?	Bonafont
M6			Toman de la llave
M7	15	En el expendio ¹²⁰	
M10	?	?	?
M11	30	Camión	Purificado?
M13	20	?	Purificado
M14	18	?	?
M15	6000	Filtro propio	
M16			Toman de la llave
M18	32	?	Marca
M19	15	A la casa	Purificado
M20	32	?	Marca
M21	13	En el expendio	Purificado
M23	15	?	Purificado
M25	12 o 15	En el expendio o traído a su casa	Dueño de empresa de purificación

En Colombia el consumo de agua embotellada no es tan elevado como en México, al menos no es la ciudad de Medellín, se concentra sobre todo en la región del Pacífico, del Amazonas y en las islas de San Andrés y Providencia.¹²¹ En este sentido, esta investigación presenta algunas limitaciones ya que no se ha podido encuestar a todos los habitantes de Colombia de las distintas regiones para saber qué hábitos de consumo de líquidos tienen.

Como se puede ver en la Tabla 13 el agua no es el único líquido que se consume mis informantes mexicanos.

¹¹⁹ Precio adquirido a través de precio de la marca en supermercado Chedraui 12.04-2017

¹²⁰ Tienda de agua.

¹²¹ Barrón, “El negocio de agua embotellada en Colombia.”

Tabla 13: El consumo de diferentes tipos de líquidos en sus familias, según mis informantes mexicanos

México	Consumo de agua	Aguas naturales	Leche	Refresco	Otras bebidas
M1	Toma más que 1L, pero debe tomar 2.		Poca	De frutas, no le gusta la Coca	
M2	2L al día			Casi nunca	
M4	"La verdad no tomo, pero mi hijo si porque hace ejercicio"	Jugo de naranja o verde	Sí, pero más que todo su hijo.	Fines de semana.	
M6	Litros diarios	Casi siempre con su comida.	Todos los días	Fines de semana. 1-2 vasos. Antes 4 Coca's al día.	Vino y cerveza
M7	2L al día	Como niña todos los días		Casi todos los días 3L les dura media hora	
M10	1-1.5L No le gusta. Prefiere de sabor, de lo cual toma otro litro		Por la noche	1 ó 2 veces a la semana. Antes 10 chiquitos al día	Café, jugos de Boing ¹²²
M11	3 vasos que según ella es 2L	De limón y Jamaica Más barato que refresco	LICONSA (del Estado) para los niños.	A veces	
M13	No le gusta. 2-3 vasos al día	Con la comida	LICONSA (del Estado) para los niños.	Cuando comen en la calle	
M14	1.5L por persona en la casa.		LICONSA (del Estado) para los niños.	Casi nunca	Café
M15	Poquito menos de 2L al día	No toman agua de sabor, demasiado azúcar	Con su cereal	En fiestas	
M16	Toman agua de costumbre y por salud	Antes	LICONSA (del Estado) para los niños.	Casi todos los días	
M17	2-3 vasos al día. "yo nunca he sido afecta a tomar agua, ahora sí porque sé que es necesario"	En ocasiones	LICONSA (del Estado) para los niños.	No la tomaba para evitar de engordarse. Ahora por salud	

¹²² Jugo con algo de fruta y la misma cantidad de azúcar como el refresco.

M18	2 vasos al día. "Pues más que nada por salud porque casi no me da sed" Solo cuando hace calor	Con comida. Guayaba, Jamaica y limón		Sólo 1-2 veces a la semana. Por salud y precio	
M19	Medio garrafón por semana	Con la comida		Antes mucho: de desayuno a cena	
M20	Hasta 2-3L cuando va al gimnasio.				
M21	2L al día	Con la comida	Medio litro por día.	Con la comida	Café
M23	Casi 1.5L por día	Con la comida	Cada día	A veces	Café
M25	? ¹²³				

En la Tabla 13 se puede ver que el consumo de agua va desde nada hasta unos pocos vasos, o a un máximo de 2 litros al día. Algunos aseguraban que no les agrada el sabor, pero muchos otros seguían consumiéndola durante la comida principal del día. La mayoría de mis informantes mexicanos tomaba leche con bastante frecuencia, algunos de ellos la reciben del Estado por tener niños muy pequeños que acaban de comenzar la escuela¹²⁴. Casi todos ellos toman refresco, pero por lo general clasificaban su consumo como poco frecuente. De las otras bebidas consumidas el café es el más frecuente.

En cuanto al consumo de agua de mis informantes mexicanos, esto se puede medir de manera más fácil por el consumo de garrafones. Ello permite relacionar el verdadero consumo de litros de agua con el consumo ideal que deberían hacer.

Según el señor M1, la cantidad recomendable son 2 litros diarios, pero él solo logra tomar un litro y un cuarto. Aseguraba que sus garrafones le duraban 25 días, lo que significa un consumo de menos de un litro al día, al menos que tenga otra fuente de agua potable que no se ha contabilizado, aunque es algo poco probable por la necesidad de comprarla fuera de casa.

En la casa de M7, donde ella vive con otros 5 familiares, un garrafón les dura día y medio porque a veces lo emplean para la comida también, lo cual concuerda con el supuesto consumo de 2 litros en promedio por día para los integrantes de una familia. La informante M19 vivía con su esposo y aseguraba que un garrafón podía durarles más o menos una semana porque, según ellos, toman mucha agua, lo que significa un poco menos de litro y

¹²³ La entrevista tenía un enfoque más en él como dueño de un purificador de agua.

¹²⁴ LICONSA

medio al día. Esta cantidad es muy parecida a la que explicaba que consumía en casa la informante M14, quien aseguraba, además, que le encantaba el agua. En la casa de la informante M11 eran 8 personas y un garrafón podía durarles entre 2 ó 3 días, lo cual significa un litro diario más o menos. Al preguntarle a la señora cuántos vasos de agua bebía al día, contestó que 3 vasos diarios, aunque según ella esto es lo que equivale a 2 litros, por lo que resulta dudoso que sepa cuánto es un litro.

Lo que estas diferencias muestran es la diversidad del consumo de agua entre mis informantes mexicanos, pero también que no siempre hay una concordancia entre lo que dicen tomar y lo que en realidad toman. Para los que toman mucha agua, según ellos mismos, su consumo es de litro y medio por día, mientras que el consumo de refresco de mis informantes, también según el que ellos decían consumir, no refleja el consumo promedio nacional de acuerdo con los datos ofrecido en el Capítulo 3, por lo que puede interpretarse que algunos de mis informantes decían tomar menos frecuente refresco de lo que realmente hacen.

Como se verá a continuación entre Medellín y la Ciudad de México existen diferencias tanto en el consumo del agua como en los otros líquidos.

4.3.2 El consumo de líquidos en Colombia

Tabla 14: El consumo de diferentes tipos de líquidos en sus familias, según mis informantes colombianos

Colombia	Consumo de agua	Aguas naturales	Leche	Refresco	Otras bebidas
A1	No le gusta, toma por obligación. Antes nada, quitaba la sed con café.	Con la comida		No	Aguapanela, chocolate y café
A2	3 vasos al día. Doctor dice 5	Con la comida		Muy poquita. Por los "niños" que le gusta	Chocolate y café
A3	Ella toma ninguno. Le da ganas de vomitar	Todos los días			Café con leche y chocolate
A4	Solo logra 3 vasos al día. "Las mujeres tomamos poco"	Todos los días		Poca Coca-Cola	
A5	3 vasos al día, con limón. Esposo nada de agua simple	Poco		Poco	Café, chocolate, aguapanela y fresco/frutiño ¹²⁵
A6	No le gusta, toma un vaso al día	Con la comida	Si	No	Aguapanela (con o sin limón), mazamorra y chocolate
A8	Fundamental para salud. Le encanta y lo toma hasta con su comida.				Chocolate
A9	Importante y delicioso. Ella toma tres vasos al día.	Si	Deslactosada		Aguapanela, moringa, chocolate
A10	No nota una diferencia entre tomar 2 o 8-9 vasos al día.	Para la comida	Si e yogurt	Su hijo. Lo regaña. Malo por gas, mejor jugo de Valle ¹²⁶	
A11	4-5 vasos.	Para la comida			Te y aguapanela
A12	4 vasos. Ahora más consciente	Para la comida		A veces para la comida	Vino y café
A13	Mínimo 5 vasos al día	Sin azúcar, porque la fruta lo tiene			

¹²⁵ "Jugo" en polvo

¹²⁶ Jugo con algo de fruta y la misma cantidad de azúcar como el refresco.

En Medellín todos mis informantes estaban de acuerdo en que el agua es importante, pero lo cierto es que el consumo va desde ni una gota al día hasta 5 vasos. En la Tabla 14 se puede ver que son muy pocos mis informantes colombianos los que afirman que les gusta el agua, casi todos prefieren tomar jugos durante la comida principal. Sólo unos pocos consumen refrescos y la leche se consume en menor cantidad que los anteriores. Aparte de estos líquidos destaca el alto consumo de café, chocolate y *aguapanela*.

La informante A10 comentaba que ella no notaba diferencia si bebía más o menos agua, por tanto no era algo realmente importante y ni siquiera le parecía necesario. En cambio, la señora A6, que vive en el campo antioqueño, afirmaba que "todo ser vivo necesita agua, sino no podemos vivir", al mismo tiempo que admitía que solo lograba tomarse un vaso al día. Esto decía contrarrestarlo con el consumo de jugos y sopas, pues de todas formas viviendo en el campo es normal hervir el agua para matar las bacterias causadas por los excrementos de los animales en el monte.

Algo que tenían en común algunos de mis informantes¹²⁷ es que no lograban cumplir con la meta de tomarse el mínimo recomendado. Si bien llegué a esta investigación pensando que todo el mundo tomaba agua, conforme se sucedían las entrevistas descubrí que existen personas a las que simplemente no les agrada el sabor y por eso no la toman o toman muy poco por obligación. Por ejemplo, la informante A5, que contaba que tenía que echar limón al agua para lograr tomar, mientras su esposo, un trabajador del sector lácteo de la región, sólo toma agua si le añade jugo en polvo. Sin embargo, a pesar de las explicaciones que daban, lo cierto es, casi todos mis informantes reconocían que su consumo es importante.

4.3.3 Las refrigeradoras

Durante la realización de la entrevista para este trabajo, le pregunté a todos mis informantes si me permitían tomar una fotografía de su refrigerador. La motivación para tomar estas fotografías fue verificar las respuestas de mis informantes sobre su alimentación y consumo de líquidos.

Solo la informante A3 se negó a ello con la excusa de que no había nada dentro porque se iba de viaje. Tampoco pude sacar una foto de la refrigeradora de la informante M7 porque

¹²⁷ A8, A9,
A1, A4 y A12

estando en su casa mi teléfono se estropeó. Los demás informantes, cuando la entrevista fue realizada en su hogar, me permitieron tomar una fotografía de su refrigerador. Una señora, M15, me la mandó por mensaje por mensaje texto cuando volvió a su casa después de la entrevista. En Colombia logré tomar fotografías de los refrigeradores de 10 de los 12 informantes escogidos, mientras que en México fueron 12 de mis 18 informantes. En los siguientes dos tablas, 15 y 16, se puede ver los líquidos que podía ver en sus refrigeradoras.

Tabla 14: Información sobre el contenido de líquidos de las refrigeradoras de mis informantes mexicanos

México	Líquidos en su refrigerador
M1	Cerveza, leche, jugo artificial, licuados pre-hechas
M2	Leche, agua, jarra
M10	3 botellas de refresco, 5 de agua (3 de sabor), más que 7 cajas de jugo y leche
M13	Leche
M14	Leche
M15	Leche deslactosado, lata de refresco
M16	Refresco
M17	Refresco y cerveza
M19	Jugo de tomate
M20	Leche
M23	Leche

En México más de la mitad tenían leche en su refrigerador, pero muy pocos tenían otros líquidos.

Tabla 15: Información sobre el contenido de líquidos de las refrigeradoras de mis informantes colombianos

Colombia	Líquidos en su refrigerador
A1	No tenía líquido
A2	2 jarras, agua, yogurt. (Fruta en nevera)
A5	Jarra, 2 jarras de leche
A6	Jarra
A8	Jarra y leche
A9	Jarra, refresco (vacía), agua endulzado desconocido. (fruta en nevera)
A10	Jarra y leche (Fruta en nevera)
A11	No tenía líquido
A12	2 jarras y leche
A13	Jarra y leche

En Colombia, en las refrigeradoras donde había líquidos por lo general había también una jarra¹²⁸ que normalmente contenía jugo.

A propósito de las fotografías, sería pertinente mencionar que las fotos tomadas durante esta investigación no son de gran calidad, ya que no contaba con una cámara fotográfica buena o un teléfono que dispusiera de cámara. Por este mismo motivo, decidí únicamente emplearlas para ver qué tipo de líquidos tenían.

4.3.4 De los jugos naturales y el agua a los refrescos.

Tanto los mexicanos como los colombianos han tenido la costumbre de tomar bebidas hechas a base de fruta. A estas bebidas suelen añadirles agua y algún tipo de endulzante, normalmente azúcar refinado, y se consumen junto con el plato fuerte del día. En México les llaman “aguas naturales” o “frescas”, mientras que en Colombia los llaman jugos. En gran medida es lo mismo, pero México tiene acceso a menos variedad de frutas que Colombia, un país con más territorio tropical.

En la actualidad se puede observar un gran cambio en cuanto al consumo de las aguas de frutas naturales en México. Esto afirma el señor M16, que antes siempre tenían su jarra de agua para la hora de comida, pero hoy en día lo que más consume es Coca-Cola. Este cambio también lo pude encontrar en las refrigeradoras mexicanas, donde sólo encontré una jarra.

En Colombia el consumo de jugos sigue siendo muy alto. Las frutas se venden en todos los establecimientos y puestos callejeros en bolsas del tamaño de una licuadora por 1000 COP, a

¹²⁸ Contenedor de líquidos.

veces incluso por 500 COP para las frutas más comunes, como el tomate de árbol¹²⁹ y maracuyá. Esto significa que por el mismo precio de un refresco se pueden hacer dos jarras de jugo, como decía A11. O como decía la señora A10, que compra la fruta cada quincena y la distribuye en bolsas para luego preparar los jugos, un hecho confirmado por la foto de su nevera. La señora A13 es la única informante colombiana entrevistada que dice claramente no añadir azúcar a sus jugos, según ella porque las frutas ya lo tiene de manera natural. La alta presencia de jarras, 8 de 10, significa que por lo menos entre mis informantes de Medellín el consumo de jugo sigue como antes.

Para la mayoría de mis informantes, tanto mexicanos como colombianos, hay una conexión entre la diabetes y el consumo de bebidas azucaradas, como en el caso de A6, quien aseguraba que su nieta no consumía demasiadas bebidas azucaradas, no porque no le guste, sino porque la señora sabe que demasiado dulce conduce a la diabetes. O la señora M11, quien me contaba que en su casa los más jóvenes preferían tomar refrescos, pero controlaban su consumo y por lo general les daban agua. En la casa de M14 también tratan de evitar el consumo de refresco, ya que en la casa de sus padres consumían mucho refresco pero ella no quiere hacer lo mismo con su hijo.

Después de escuchar lo que tenían que decir sobre el consumo de líquidos decidí hacer especial hincapié en el consumo de los refrescos, ya que pude ver la conexión que tenía con el impacto de la diabetes en estos dos países y, sobre todo, en el diferente impacto que tiene.

En México sólo 3 de mis informantes admitieron tomar cantidades grandes de refresco; dos siguen tomándolo casi diario, como la informante M7, la cual decía que antes tomaba jugos naturales con su comida y ahora solo toma refrescos. La informante M16 también podía confirmar esto, pues aseguraba que durante sus comidas “la jarra de agua, ahora ya se cambió el agua (aguas natural/jugos) por coca.” Esta informante atribuía el cambio de agua de frutas por refresco a un aumento del poder adquisitivo por parte de la población, ya que antes apenas alcanzaba para los refrescos. De esto se puede deducir que para el que vive en el campo es más barato hacer agua con sabores que comprar un refresco. La mitad de mis informantes en México admitían tomar refresco, pero en distintas cantidades, pues para algunos tomar 1-2 veces a la semana era poco.

¹²⁹ Fruta. Su nombre en inglés es: Tamarillo

Hay una diferencia esencial entre el consumo de bebidas hechas a base de frutas naturales y los refrescos. Esta diferencia está en que uno viene ya listo mientras el otro se prepara, y a la hora de preparar una bebida a base de frutas es la persona quien añade su propio azúcar, por lo que es más fácil controlar la ingesta de azúcar. A diferencia del refresco, una bebida de frutas tiene un promedio de 100 gramos de azúcar por litro, lo que equivale más de 20 cucharadas de azúcar. Entonces cuando un colombiano prepara el jugo para su familia, tiene que echar estas mismas 20 cucharadas por litro al jugo. El uso de fruta natural también conlleva el beneficio en cuanto a vitaminas y minerales. En Colombia, solo la informante A5 confirmaba consumir “jugo” en polvo, los demás aseguraban hacer jugos naturales. En México casi la mitad confirmaban que seguían consumiendo aguas naturales, pero lo cierto es que solo en un refrigerador había una jarra y tampoco es seguro cuál era el contenido de la misma.

De las otras bebidas que mis informantes decían tomar frecuentemente, la leche era la única que encontré en más de un refrigerador. Las fotos de los refrigeradores confirman que, dentro de mis informantes, los mexicanos consumían más leche que colombianos.

4.3.5 Impuesto a las bebidas con azúcares adicionales.

Dentro del contexto del consumo de bebidas con azúcares añadidas en México y Colombia, existen sectores que han trabajado para imponer un impuesto a este tipo de bebidas, entre las que se incluyen los refrescos, pero también otros tipos de bebidas como los jugos artificiales. De los dos países, México es el que ha avanzado más en este tema.

El 1 de enero del año 2014 entró en vigor un impuesto de MXN 1,00 por litro a las bebidas con azúcares adicionados en México, como parte del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios¹³⁰. En Colombia también lo han intentado implementar¹³¹ por consejo de la OMS¹³², que utilizó el caso de México como ejemplo a seguir. En México según un estudio realizado por la Universidad de Carolina del Norte junto con el Instituto nacional de Salud Pública de México¹³³ se mostró que después de un año de la implantación del nuevo impuesto, el consumo de bebidas había bajado con un promedio de hasta el 6 %.

A propósito de la imposición de este impuestos sobre las bebidas azucaradas, le pregunté a mis

¹³⁰ Roldán, “El impuesto a bebidas azucaradas disminuyó 12% el consumo, revela estudio.”

¹³¹ El Espectador. “Impuesto a bebidas azucaradas será de 300 pesos por cada litro.” 2016

¹³² OMS. “Fiscal policies for diet and the prevention of noncommunicable diseases.”

¹³³ Colchero, et al., “Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study.”

informantes mexicanos si habían notado la implantación de la nueva ley y si creía que podía funcionar; en cambio, en Colombia les pregunte si tenían fe de que un impuesto parecido pudiera tener un efecto positivo en su país.

La motivación para preguntar sobre su visión del impuesto a las bebidas con azúcar añadida era doble: por un lado, quería saber si creían que un impuesto podía incrementar un descenso en el consumo de estas bebidas, y por otro lado, para comprobar si confiaban en el Estado para distribuir estos recursos de una manera adecuada, ya que una falta de confianza en el gobierno puede ser un obstáculo para que esta entidad pueda desarrollar una política de salud eficaz contra la diabetes.

La señora M15 viene de una familia con mucha muerte por la diabetes y su voz parece recoger la muchas otras personas en su misma situación: “la costumbre del mexicano es tomar consumir refresco, no importa el precio, la Coca-Cola es muy adictiva, por ejemplo los albañiles y la gente que trabaja al sol, toma una coca y se revitaliza.” Por su parte, la informante M13 hacía una conexión entre el nuevo impuesto y la disminución en el consumo de refrescos: “No, lo consumen igual, no afectó eso, es como el cigarro”. La conexión entre el cigarro y el refresco me parece importante, los dos son legales, la gente sigue los comprando a pesar de ser perjudiciales para su salud y la empresas que los producen son grandes y poderosas. “Pues no nos afectó, porque baje o suba el refresco la gente no lo deja de tomar”, decía la informante M1, cuyos padres regentan una tienda de alimentación en la esquina. Aseguraba que allí llegaba gente para llenar sus grandes botellas hasta 2 ó 3 veces al día. Ella también compara los refrescos con los cigarrillos, incluso económicamente, si logran vender una cantidad suficiente pueden cubrir su propio consumo. Su padre me contaba cómo funcionaba tener un refrigerador de Coca-Cola en su tienda: la empresa le presta el refrigerador, aunque él tiene que pagar la luz que consume a pesar de que es uno de los productos más vendidos de la tienda. Al final de mes no les da mucha ganancia, especialmente si se toma en cuenta su consumo propio, él mismo me contaba que muchas veces la venta solo cubría su propio consumo, otras veces ni ha logrado vender suficiente para cubrir su propio consumo de Coca-Cola. La señora M11, consumidora habitual de refresco comentaba que sí notó la subida de los precios, de 7 a 8 MXN. La informante¹⁹ lo decía en otra manera “Si lo noté, pero como me gusta el refresco, lo pague”, es decir, lo notan pero no les importa, como normalmente sucede con los fumadores. El señor M21 era dueño de un

corralón¹³⁴ de carros y decía que no había notado que sus empleados consumieran menos refrescos debido a la subida de impuestos.

En Colombia muchos comparten la idea de mis informantes en México. La señora A5 decía que la gente se estaba oponiendo a ello, el impuesto a las bebidas con azúcar añadido. Cuando le pregunté si creía que era una buena idea me contestó que la gente lo iba a consumir igual. Al igual que en el alcohol o el tabaco, aunque los precios suban, la gente sigue bebiendo o fumando. La informantes A5 también era de esta opinión, no importa el impuesto porque no se va a dejar de consumir. Le pregunté entonces si tenía fe sobre esta implantación ayudaría a personas que sufrían de un alto consumo, y su respuesta, bastante tajante fue “eso es una mentira”, decía, “que el gobierno no va a ayudar, no eso si no se ve.....di que no van a da, ayudar, no no no no no”.

La señora A10 era más optimista y aseguraba que no le importaba este impuesto porque ella no consumía refresco; si en ocasiones especiales compraban pizza, entonces la acompañaban con *Jugo de Valle*, supuestamente jugo de naranja. Parecía tener bastante claros los efectos negativos de los refrescos: “Pues todos sabemos que es mala”, por eso pelea con su hijo mayor que lo consume. Para la informante A11 el impuesto puede tener un efecto positivo en la sociedad colombiana, pero solo si a la misma vez se inculca el consumo de jugos a base de frutas naturales, porque según ella hay muchas cosas que parecen ser naturales, como el *Jugo de Valle*, pero en realidad tiene muchos conservantes e incluso tartrazina¹³⁵, que lo etiquetan como colorante número 5. A la informante A12 le parecía un beneficio porque cada vez que tomaba una bebida con refresco tenía cargo de conciencia, aunque al mismo tiempo reconocía que no tenía demasiada fe en la implementación de los ingresos adquiridos por el impuesto en servicios de salud: “No creo, yo pienso que todos esos impuestos son para el gobierno”. A6 decía que no le afectaba porque no consume refresco.

Así pues, como se ha podido observar, lo que tenían en común mis informantes de México y de Colombia es la seguridad de que un impuesto en el consumo de refrescos no tendría un impacto real sobre la población. Resulta interesante la comparación que hace M10 en México y A5 en Colombia entre el cigarro y el refresco, dos cosas dañinas para la salud que la gente sigue consumiendo. En este contexto, un Estado que lleva a cabo la implementación de un

¹³⁴ Lugar donde llevan tu carro en caso de infracciones u otro acción criminal.

¹³⁵ Sustancia que puede producir trastornos metabólicos. Según Espejo, Karen, “Los alimentos pueden generar hasta 200 enfermedades.”

impuesto por parte del gobierno puede tener un efecto positivo si todos los que consumen un producto dañino pagan impuestos, ya que estos recursos se pueden invertir en prevenir el sobreconsumo ¹³⁶ y atender a los que sufren el efecto del mismo.

Aquí es donde A5 y A12 están de acuerdo con M1, no confían en el manejo de estos recursos por parte del Estado representado por el gobierno. No tienen fe en la capacidad de su Estado de invertir los recursos adquiridos por este impuesto en servicios de salud, más bien creen que lo van a desviar de una manera u otra. La falta de confianza de la ciudadanía hacia el Estado y su gobierno puede en este contexto impedir la implementación del impuesto a las bebidas con azúcar añadida porque la ciudadanía tiene entendido que los políticos van a desviar los recursos para su propio bien.

Otra cosas de las cual están de acuerdo algunos de mis informantes en México con otros de Colombia es que la gente van a seguir tomando su refresco si aunque pongan un impuesto sobre su venta. Como decía M15, la Coca-Cola es muy adictiva y para un adicto no importa el precio, lo tiene que seguir consumiendo. Entonces para los cínicos, los que no tienen fe en el uso de estos recursos para servicios de salud, se puede argumentar que lo único que sucede con el impuesto es que el gobierno logra sacar más recursos de sus habitantes para su propio bien.

4.3.6 El consumo de azúcar de caña ¹³⁷.

Como se ha mencionado anteriormente, en Antioquia el consumo de azúcar de caña o panela, como lo llaman allá es casi religioso. Cuando pregunté a la señora A5 si la panela contaba como azúcar: “No, no, Si la panela también cuenta, pero la panela tampoco la debe uno consumir mucho pero si es menos dañina que el azúcar.”

Por los cambios alimenticios en Colombia, y los efectos que esto ha tenido en cuanto a la salud de la gente, hasta su bebida tradicional se está viendo afectada. La informante A4 contaba que “aquí consumimos mucha *aguapanela*, y eso que la panela la quitan mucho porque es mala para el azúcar y cuando uno está a dieta es uno de las cosas que quitan, la panela”. La informante A1 tenía otra solución para poder seguir tomando el *aguapanela*, disminuir la cantidad de panela que se pone en la olla a la mitad, de modo que se disminuye en un 50 % su consumo. En el caso de A6, esta considera el *aguapanela* como uno de los sustitutos de agua, la cual apenas consume, junto con los jugos y las sopas, para poder

¹³⁶ Un pequeño consumo de tanto alcohol, cigarro y refresco no es lo que causo las problemáticas.

¹³⁷ En Colombia conocido como panela y en México como piloncillo.

mantenerse hidratadas. Sin embargo, hay que añadir que algunos de mis informantes no consumían panela y en la investigación dos informantes decían que “la panela aquí no se consume”¹³⁸ y “aquí no se consume el aguapanela”¹³⁹, respuestas que dieron cuando les pregunté si lo consumían.

4.3.7 Comparación

El consumo de líquidos forma parte tanto de la causalidad como del efecto de la diabetes en México y Colombia. Algunos de mis informantes decían que únicamente tomaban agua obligados, porque no tenían el costumbre, no les gustaba el sabor o por no haber sentido la necesidad de tomarla. Este problema con el consumo de agua, sin embargo, fue más frecuente en Colombia que México, lo cual se puede interpretar como consecuencia de consumir el agua directamente del grifo y esta sí puede poseer un sabor desagradable.

En cuanto a la costumbre de tomar bebidas hechas a base de fruta, la costumbre estaba muy fuerte en Medellín, mientras en México el consumo se había debilitado. En México la bebida de frutas naturales en gran medida ha sido reemplazada por los refrescos, de hecho el consumo de refrescos había aumentado y un gran número de informantes admitían consumirlo en grandes cantidades. Mis informantes colombianos eran más reacios a admitir el consumo de refrescos, quizás por estar relacionado con el desarrollo de la diabetes.

Muchos de mis informantes admitían que no les gustaba el agua, pero la tomaban porque sabían que era saludable. En este aspecto se puede ver reflejado el esfuerzo realizado por el Estado y las diferentes ONG de transmitir un mensaje a la población mundial sobre la necesidad de beber más agua, algo que parece estar funcionando. En el extremo opuesto se encuentran aquellas personas que aunque saben que deben beber agua porque lo han escuchado en reiteradas ocasiones, siguen sin consumirla.

En México, donde el agua es un gasto mensual, se puede argumentar que el costo del agua es un obstáculo para el consumo cotidiano de la misma. Como se ha podido observar a lo largo de las entrevistas realizadas en México, no parecía que el costo en sí fuera un factor que les impidiera consumir agua, sino más la falta de costumbre o de gusto. En cuanto a las bebidas hechas a base de frutas naturales, resulta muy preocupante la gran disminución de su consumo en México para ser reemplazadas por bebidas azucaradas porque ello fomenta la diabetes en el país. Como decía el señor M16, ahora consume más refrescos porque tienen el dinero para costárselo, algo que no tenía antes. De esto podemos interpretar que lo único que antes

¹³⁸ A3

¹³⁹ A10

impedía a mi informante M16 tomar refresco todos los días era la falta de dinero. También la informante M7 confirmaba esto: solo hacen agua a base de frutas naturales, o de polvo, cuando no queda dinero para comprar refrescos.

El refresco, o gaseosa como lo llaman en Colombia, está mal visto en comparación con México. Los jugos naturales se ven positivamente no solo por el aporte de vitaminas y minerales que las frutas naturales aportan, sino porque se puede medir la cantidad de azúcar que se va a añadir.

En cuanto al impuesto a las bebidas con azúcar añadido, mis informantes en los dos países comparten la creencia de que es poco probable que funcione, sucedería lo mismo que con el tabaco y el alcohol.

4.4 La visión y el conocimiento sobre la diabetes

En esta parte de la investigación hare una análisis del visión y conocimiento de mis informantes sobre la diabetes y bajo cada punto hare una breve comparación de las diferencias y similitudes entre los dos países. Uno de los objetivos principales de esta investigación ha sido el efecto del desarrollo de la diabetes en las sociedades mexicana y colombiana en el último cuarto de siglo, concretamente de la *diabetes mellitus*, conocida como diabetes del Tipo 2. Si bien parece no hacerse una distinción entre la diabetes del Tipo 1 y el Tipo 2, lo cierto es que esta última es la que representa casi todos los casos de diabetes del mundo. Es una enfermedad que se desarrolla casi exclusivamente como consecuencia de un estilo de vida poco saludable y actualmente se puede considerar una epidemia. La diabetes del Tipo 1 tiene un origen genético y las personas que desarrollan esta enfermedad ya estaban predestinadas a hacerlo. Aunque la medicina ha avanzado notablemente, en la actualidad no existen tratamientos de prevención, solo inyecciones de insulina que permiten a los enfermos de diabetes del Tipo 1 llevar una vida casi normal. La dependencia de la insulina es absoluta, ya que sin ella los pacientes llegan a la muerte.¹⁴⁰

Al inicio del presente estudio, el trabajo de investigación se centró de manera exclusiva en la *diabetes mellitus*, de la cual pregunté a mis informantes, pero más tarde entendí que estos no sabían hacer distinción entre los dos tipos de diabetes. La mayoría de ellos sabían qué era la diabetes pero no hacían una distinción, por lo que al final de mis entrevistas en Medellín empecé a preguntar sobre la diabetes en general y no la *diabetes mellitus*.

¹⁴⁰ IDF, “Atlas de la Diabetes, 7 edición”, 22

Una de las preguntas principales de la investigación fue cómo se puede desarrollar o evitar la diabetes. Entre las respuestas de mis informantes se encontró una gran variedad de razones; mientras que algunos hicieron especial énfasis en un factor, como por ejemplo el alto consumo de azúcar, otros opinaban que era producto de una serie de causas. Se puede tomar como punto de partida la respuesta del señor M16, quien comentó que el consumo de azúcar, junto a “los sustos y los corajes” que da la vida, sumado a la obesidad y una posible genética predispuesta a este tipo de enfermedades son factores que puede desarrollar la diabetes.

4.4.1 La alimentación y el estilo de vida como causas para la diabetes.

En ambos países lo que el individuo consume se ve como un aspecto importante en el desarrollo de la diabetes, aunque lo cierto es que mis informantes de este estudio le dan distinto valor a la alimentación como factor de desarrollo. El informante M2, por ejemplo, no creía que la obesidad o el consumo de refrescos sean causas de desarrollo de la diabetes y consideraba que los médicos no sabían explicar por qué población desarrolla la enfermedad. Otros, en cambio, creen que es la herencia genética o recurren a *mitos* para justificar el desarrollo de la enfermedad como se verá más adelante en este capítulo. En todo caso, la mayoría de mis informantes atribuyen la diabetes a una mala alimentación.

De los 18 mexicanos entrevistados, a la pregunta de cómo se desarrolla la diabetes todos ellos contestaron en una parte de la entrevista que tenía que ver con la alimentación. Incluso el informante M2, el más escéptico de todos, afirmó que la alimentación era un factor. En México donde todavía hoy existen muchas creencias populares de cómo se desarrolla la diabetes, la gente suele tener conciencia de que una mala alimentación es uno de los factores decisivos en el desarrollo de la enfermedad. En un momento dado de las entrevistas siempre acaban por mencionar este factor, aunque ninguna lo considera el único factor. De acuerdo con las respuestas de mis informantes, el señor M1, por ejemplo, clasifica como mala alimentación aquella que incluye un exceso de refrescos y otros productos azucarados. También las informantes M20 y M4 resaltan la importancia del azúcar e incluyen el consumo de pizza y hamburguesas (comida no tradicional) como alimentos poco saludables que pueden ser fuente para el desarrollo de la diabetes. La informante M23 afirma el consumo de pizza es dañino para el cuerpo, pero también considera que la ingesta excesiva de licores es perjudicial para la salud. La informante M13, por su parte, afirmaba que la enfermedad se producía como consecuencia del sobrepeso y del consumo excesivo de dulces. La informante M7 decía al inicio de la conversación que la diabetes se desarrollaba por tomar muchos refrescos y por

una alimentación descuidada; otras veces, sin embargo, decía que la diabetes se podía desarrollar por un *susto* o *coraje* y por último simplemente dijo “realmente no sabemos de dónde viene”. Por último, cuando le pregunté si había más diabetes hoy en día que antes me respondió afirmativamente y me explicó que la causa es la mala alimentación porque hoy en día se consume más *porquería*¹⁴¹. La informante M21 también respondió afirmativamente a la misma pregunta, pero lo atribuye a la cantidad de químicos que se inyectan en el pollo y en los productos cárnicos en general. Por último, la informante M11, que tiene entendido que el desarrollo de la diabetes es principalmente por causa de un *susto* aunque todo el mundo diga que es por herencia, a la pregunta sobre el posible aumento del número de diabéticos en México, asegura que esto se debe a que comen mucha comida *chatarra*¹⁴², fundamentalmente harinas.

En las entrevistas que se realizaron en Colombia un total de 7¹⁴³ de informantes atribuyen desde el inicio el desarrollo de la diabetes directamente al alto consumo de azúcar. Este aspecto es clave, porque cuando un informante sólo confirma el rol de la alimentación después de recibir una pregunta sobre esto, significa que su enfoque está en otra cosa. Como tendencia general, los informantes de Colombia mencionaban el dulce o el azúcar como causa principal del desarrollo de la diabetes. La informante A13, que tiene una hermana con diabetes, asegura que la desarrolló porque comía grandes cantidades de grasa, harina y dulce. Según A2, uno puede evitar la enfermedad no comiendo tanto dulce¹⁴⁴. También A4 afirma que, de acuerdo a su experiencia con una madre y una hermana diabéticas, es el alto consumo de dulces lo que produce la diabetes. La informante A1 menciona el azúcar como la parte de la dieta no saludable que causa la diabetes, pero también incluye la sal y la harina¹⁴⁵. El último, según A1, es muy malo porque se convierte en azúcar y “hacen como una bomba atómica ahí despiertan la diabetes”. En este sentido A4 hace una conexión entre la diabetes y la alimentación, y es que asegura que uno no deja de consumir alimentos dañinos hasta que recibe el diagnóstico de la enfermedad. Por ejemplo, a ella los médicos le prohibieron consumir harinas pero sus hijos siguen consumiéndolo. Por eso, para ella no hay una conexión entre lo que es malo para ella con lo que puede ser malo para sus hijos. La variedad de respuestas que mis informantes ofrecen sobre el tipo de sustancias que fomentan la aparición

¹⁴¹ Comida mala/poco saludable

¹⁴² Comida rápida y poco saludable

¹⁴³ A1-6

¹⁴⁴ Visión compartidos con otros informantes de Medellín: A3, A6

¹⁴⁵ A12 también emplea esta lista de tres.

de la diabetes muestra a su vez la diferente percepción que todas ellas tienen de la enfermedad: o bien consideran como primera razón el consumo de dulces o azúcar en general, o bien creen que el origen se encuentra en la herencia genética.

En gran medida, mis informantes colombianos asociaban el desarrollo de la diabetes a un mayor consumo de comida y bebida poco saludables que mis informantes mexicanos. En México en algunos casos respondieron que la alimentación sí tenía algo que ver con la enfermedad, pero normalmente eso sucedía más adelante cuando la entrevista estaba en progreso, y en algunos casos no fue hasta que se les preguntó directamente por el rol de la alimentación. En algunos casos no fue hasta que recibieron la pregunta de manera directa. De las respuestas que dieron se puede deducir que tienen plena conciencia de que la alimentación influye en el desarrollo de la enfermedad, algo que todos los mexicanos han visto o escuchado en una de las múltiples campañas estatales o de diferentes ONG¹⁴⁶. En todo caso, lo que estas respuestas muestran es que todavía en su justificación del desarrollo de la enfermedad hay una tendencia a centrarse en otras causas como la herencia genética o los mitos. El problema surge ante la imposibilidad de cambiar los hábitos alimenticios porque no se consideran necesarios, es decir, si la alimentación no es la causa principal de la diabetes, no hay motivo por el cual dejar de consumir azúcar.

Durante esta parte de la investigación se puede afirmar que algunos de mis preguntas fueron inductivas, ya que para este estudio era necesario obtener respuestas claras y directas, por eso se les preguntó directamente si creían que la alimentación era una causa, de modo que si, por ejemplo, un informante respondía que la causa de la diabetes estaba en la herencia genética, entonces le preguntaba si el estilo de vida podía tener algo que ver con la enfermedad, y lo contrario si respondían únicamente con el estilo de vida.

4.4.2 El ejercicio

Además de una alimentación saludable como manera para evitar el desarrollo de la diabetes, algunos informantes mencionaron en la actividad física.

Cuando le pregunté a la informante M1, que antes tenía una farmacia, cómo se podía combatir la diabetes, contestó que una parte era la dieta y otra la actividad física, de hecho la informante se dedicaba a pasear en bicicleta o a pie a diario, señalando que actividad física no tiene por qué ser exclusivamente la que se realiza en un gimnasio. En el caso de la informante

¹⁴⁶ El más vocal sobre este tema es El Poder del Consumidor.

M6, una señora jubilado que padece diabetes, aseguraba que uno de los factores que contribuyeron a la diabetes fue el sedentarismo, ya que trabajaba sentada muchas horas en una oficina y consumía muchos refrescos junto a una comida poco saludable. De vez en cuando caminaba o salía a correr, motivo por el cual, según ella, tiene una diabetes *ligera*.

Las amas de casa jóvenes mexicanas, M13 y 14, viven en el centro de la Ciudad de México. P La informante M13 no deja que sus hijos jueguen fuera de casa ni que la acompañen durante sus compras en la ciudad porque tiene miedo a que sean secuestrados¹⁴⁷. Prefiere que los niños estén en casa y allí se entretengan jugando en *tablets*¹⁴⁸ u otras cosas electrónicas que no les demandan mucho esfuerzo físico. La informante M14 sólo tiene un hijo y a él tampoco lo dejan jugar fuera de casa, su madre siempre está alrededor pero intenta mantenerlo activo. La informante M18 comentaba que no practicaban deporte en su familia porque no había manera cerca de su casa, lo único que podía era correr, pero por miedo a la delincuencia no lo hacen. El señor M25, dueño de una purificadora de agua, decía que veía una diferencia entre aquellos que consumían agua y los que no, pues lo que beben más agua tienen más vitalidad y salen a correr o caminar con más frecuencia, menos que aquellos que no consumen agua prefieren quedarse en casa. Estos toman más refrescos y se pueden convertir en obesos mórbidos con el tiempo, para más tarde desarrollar, bien ellos o sus hijos, la diabetes. La informante M20 decía que a ella siempre le ha gustado el ejercicio y sigue practicándolo, pero sus hijos no, aunque tienen la posibilidad. La señora M23, quien tiene 3 hijas, dice que 2 de ellas practican yoga, pero la tercera tiene que ir al gimnasio para bajar de peso. Algo parecido contaba M10, pues decía que antes cuando era pequeña jugaba al voleibol, pero después que empezó a trabajar a los 15 años no ha vuelto a hacer ejercicio.

Se puede observar que hay una diferencia entre los que mencionaban el ejercicio en el contexto de la diabetes y los que hablaban de hacer ejercicio o tener hijos que sí lo practicaban. En México sólo dos mencionaban el ejercicio en la parte de la entrevista dedicada a la diabetes.

En Colombia, el informante A1 decía que su nieto entrenaba en un equipo de fútbol de su barrio. La señora A2, de mayor edad aunque con una apariencia saludable, hablaba de la actividad física como el segundo factor, después de la alimentación, para prevenir la diabetes. En la entrevista con la señora A5, la cual probablemente tenía diabetes, opinaba que había bajado su nivel de azúcar porque salía a caminar a diario, y la señora M9 aseguraba estar

¹⁴⁷ Si esto es un miedo verdadero o una ilusión, no es para mí decidir.

¹⁴⁸ Computadores portátiles con un apantalla grande.

obesa por la vida sedentaria que llevaba, podía caminar más, reconocía, ya que eso ayudaría con los otros problemas de salud que tenía. La señora A4 soluciona este problema con la ayuda de un andador¹⁴⁹ que tiene en casa; a veces su amigas la invitan a madrugar para caminar juntas, pero ella prefiere dormir, un lujo que durante su vida como trabajadora no podía permitirse. Estas respuestas muestran, por tanto, que entre las informantes colombianas son pocas las que practican ejercicio de manera regular.

Entre México y Colombia no hay una diferencia destacable, pocos son los que mencionan el ejercicio como algo importante en cuanto a la salud y la diabetes. Tampoco son muchos los que practican, aunque admiten que los más jóvenes de la familia sí lo hacen. En México ponen la inseguridad como excusa para no salir a practicar deporte o no dejar que sus hijos lo hagan, motivo por el cual están creando niños sedentarios. La falta de ejercicio nos lleva al segundo a otro punto

4.4.3 La obesidad

México es un país en el que la proporción de obesidad entre la población es de 1 de cada 3 personas, por eso revestía de interés averiguar si mis informantes que participaban en este estudio encontraban alguna conexión entre esta prevalencia y el porcentaje actual de diabetes en el país.

La señora M10 es obesa y diabética y afirma que la diabetes se puede desarrollar como consecuencia del sobrepeso, parecía bastante consciente de la problemática y se atrevía a afirmar “creo que todos los gordos tenemos diabetes”. La misma respuesta daba la informante M13¹⁵⁰, mientras que la M15 consideraba que la herencia genética era determinante, poniendo como ejemplo a una de sus hermanas, la única de los 4 hermanos que desarrolló la enfermedad porque tenía sobrepeso y no se cuidaba en general. La señora M23, a la pregunta de si hablaban de la diabetes en la familia, contestó que “decimos que se cuiden, que no estén gordas, pero no hacen caso, solo dos están delgadas, pero la otra si esta gorda porque le encanta la pizza”, algo que M16 también incluye como una de las posibles causas de la enfermedad. La frase de M23 me parece especialmente interesante porque nos ofrece una perspectiva muy clara sobre la diabetes: primero, que ser es peligroso porque puede provocar la diabetes, y segundo, que la pizza puede llevar al sobrepeso gorda. Puede ser que la hija coma otras cosas que contribuyen a su sobrepeso, pero su madre lo atribuyó únicamente a la

¹⁴⁹ Aparato para hacer ejercicio en forma de caminar.

¹⁵⁰ Primera siendo el consumo de dulces.

pizza. En el caso de M23, que se ubica más cerca del polo tradicional, culpa a la comida “extranjera”, mientras que M17 atribuye la diabetes al hecho de que mucha gente trabaja fuera de casa y come “cualquier cosa”. Ella no toma refresco porque no quiere engordarse, pero lo que antes hacía por una cuestión meramente estética ahora tiene que ver más con su salud. La informante M13 tiene un hijo con sobrepeso, pero no siente la necesidad de llevarlo a un profesional que pueda realizarle las pruebas pertinentes para determinar si tiene diabetes porque, según ella, esta no se desarrolla hasta alcanzada los 20 años. La señora M11 confirma que la comida *chatarra* provoca un aumento considerable de peso porque se compone básicamente de harina, pero no parece estar segura de sí la obesidad puede provocar diabetes. En contraste, la señora M6, una señora diabética, explicaba que antes tenía sobrepeso y comenzó a bajar de peso cuando fue al médico y este le dijo que tenía diabetes. Solo entonces se empezó a preocupar por su salud y tomó las medidas necesarias para bajar de peso y controlar regularmente su nivel de azúcar. Para los otros informantes la obesidad es tanto la causa como la manifestación de la diabetes.

En Colombia también se enfrentan a un problema de obesidad, pero en menor grado que en México. La señora A9, que se autocalifica como obesa, dice que este es uno de los factores que pueden haberle provocado la diabetes. Otra señora, la informante A10, opina que todos los obesos poseen diabetes, aunque ella podría calificarse como persona con sobrepeso más que como obesa. Contaba que una tía suya murió de sobrepeso, diabetes y colesterol. La señora A5 también parecía convencida de que la obesidad y otros descuidos hacen a las personas más propensas a desarrollar esta enfermedad.

Las perspectivas anteriores de las informantes muestran la diversidad de opiniones y conocimiento de la obesidad que tienen, así como su relación con la diabetes. Si bien no se preguntó directamente si pensaban que la obesidad puede causar la diabetes, es probable que una parte más grande de mis informantes hubiera estado de acuerdo sobre la causalidad de la obesidad en la diabetes.

4.4.4 Dos interpretaciones de la herencia: La genética y las costumbres.

Hay dos aspectos estrechamente relacionados con la diabetes y cómo una persona puede desarrollarla: la herencia genética y las costumbres. Si bien estos temas no se trataron en cuanto a la visión de la diabetes que tenían mis informantes, estos temas sirvieron como guía para elaborar las preguntas que se formularon. También cabe señalar que a pesar de no

incluirse preguntas explícitas, estos temas salían constantemente a relucir en sus respuestas, por lo que empecé a preguntar específicamente sobre la genética a aquellas personas que no lo habían mencionado. Eran preguntas inductivas que se formularon como tal para obtener respuestas más claras.

En lo que respecta a la herencia genética, cabe señalar en primer lugar que la visión de la diabetes está relacionada con una enfermedad única que no distingue entre Tipo 1 ó 2, y con la intención de no coaccionar las respuestas de mis informantes tampoco se mencionó esta distinción. Para muchos de mis informantes, la herencia ha sido empleada para justificar que ellos mismos o familiares cercanos han desarrollado la diabetes, asegurando que si habían desarrollado la enfermedad es porque otros familiares cercanos lo habían hecho también. La herencia genética es una de las razones de la diabetes, pero no es la responsable absoluta del aumento de la tasa de personas diabéticas que ha experimentado México o el resto del mundo. Esta premisa es la que guía el presente trabajo.

Lo que parece haber cambiado profundamente tanto en México como en el resto del mundo es el estilo de vida; lo que una familia promedio mexicano consume hoy, especialmente en los sectores urbanos no tiene nada que ver con lo que se consumía antes, apenas una generación anterior. Por este motivo, en este trabajo se ha intentado reflejar por qué enfocarse tan solo en la genética como causa de la diabetes es un planteamiento equivocado. Como prueba de ello basta con fijarse en las estadísticas, casi todos los casos de diabetes diagnosticados hoy en día en México, o en el resto del mundo, son de *diabetes mellitus*, tasa que se ha cuadruplicado desde 1980¹⁵¹.

En los casos diagnosticados de diabetes Tipo 1, la herencia genética es fundamental, ya que cuando una persona nace predispuesta a tener la enfermedad no hay manera posible de prevenirla. La mayor cantidad de nuevos casos de niños con diabetes del Tipo 1 son en Europa (Escandinavia y el Reino Unido), Norteamérica (Canadá y EE.UU) y el Medio Oriente (Arabia Saudita). En total, hay más de medio millón de niños con diabetes del Tipo 1 en el mundo. Un estudio llevado a cabo por la Federación Internacional de la Diabetes (IDF, en inglés)¹⁵² asegura que son los países con pocos recursos económicos los que pueden tener una prevalencia más alta pero no tienen la capacidad de llevar a cabo los estudios científicos pertinentes. Estos mismos países se enfrentan a un problema más grande que la falta de

¹⁵¹ OMS, “Global Report on Diabetes”, 6

¹⁵² IDF, “Atlas de la diabetes, 7 edición.”, 12

insulina, pues “Sin insulina, una persona con diabetes Tipo 1 morirá”. Esto significa que los países que no tienen la capacidad de diagnosticar la diabetes del Tipo 1 en niños, seguramente tampoco cuentan con los medios necesarios para ofrecerles insulina, lo cual eleva la tasa de mortalidad infantil. Sin embargo, es necesario mencionar que en muchas familias la diabetes del Tipo 2 también ha pasado de generación a generación y en algunas familias casi todos los miembros de la misma la ha desarrollado, pero casi exclusivamente como adultos.

En lo que respecta al estilo de vida heredado, cabe señalar que las costumbres adquiridas durante la infancia se reflejan en la vida adulta; si una persona proviene de una familia en la que era costumbre consumir muchas bebidas azucaradas o dulces y grasas y hacer poca actividad física, lo cierto es que para esta persona será muy difícil salir de estos hábitos, al menos mientras siga viviendo en la casa familiar, y teniendo en cuenta que la edad media para independizarse en Colombia es de 27 años y en México de 28 años¹⁵³, ello permite hacerse una idea de los hábitos adquiridos.

La informante M14 contaba cómo en Tlayacalpan¹⁵⁴, donde la familia de su novio tiene una casa, la gente sigue consumiendo cosas dañinas para la salud a pesar de que cuenta con toda la información accesible sobre la diabetes en internet. En ese mismo lugar es frecuente ver a todos los niños con sus bolsas de *chetos*¹⁵⁵ o de *papitas*¹⁵⁶ junto con su jugo o refresco. Comentaba que “O los papás no están pendientes. Y obviamente los niños no pueden saber que comer. Si los papás no los orientan..”. Por tanto, no parece importante el hecho de que la información sea accesible a todos, ya que si la gente no tiene interés por conocer los prejuicios de este tipo de dietas tampoco van a enseñar a sus hijos qué alimentos son sanos y cuáles no. Lo peor es que cuando estos padres trabajan fuera de casa no tienen tiempo de cocinar prefieren entregarles unas monedas para que busquen su propia comida. Un niño con unas monedas no están en posición de elegir una comida saludable y van a optar necesariamente por una bolsa de *snack* salados o dulces y una botella de refresco. Este tipo de actitudes son frecuentes en ambos países, por eso la inclusión de la herencia como posible causa del desarrollo de la diabetes resultaba pertinente en este estudio.

¹⁵³ El Economista. “¿A qué edad se independizan los jóvenes en el mundo?” 2016.

¹⁵⁴ Ciudad en el estado de Morelos, a 2-3 horas en coche del sur de la Ciudad de México.

¹⁵⁵ Botana hecho a base de harina de maíz con sabor a queso.

¹⁵⁶ Papas fritas

De los 18 entrevistados en México, un total de 6¹⁵⁷ escogieron la herencia o la genética como explicación de cómo se consigue la diabetes, sin que fuera necesario preguntarles por ello. Otros 2 respondieron cuando se les preguntó abiertamente si creían que los genes tenían influencia en el desarrollo de la diabetes. Por ejemplo, M4 respondió que según los doctores el 90 % de los casos se debe a factores hereditarios, mientras que M11 decía que *todos* dicen que es por herencia. Otros 5¹⁵⁸ informantes parecían darle importancia al factor genético cuando se les preguntó directamente por ello: “Si vienes de familia que tiene diabetes, hay que preocupar y cuidarse”¹⁵⁹. En el caso de M19, no creía en la herencia y a las otras 3 restantes no les pregunté.¹⁶⁰

La señora M6 respondió ampliamente sobre la conexión entre la herencia genética y la diabetes. Al preguntarle sobre las causas de la diabetes ella comentaba que “Normalmente aquí estamos acostumbrados, por costumbre o creencia que es hereditario”, para después decir que ella tiene diabetes a causa de sus familiares. Su padre murió de esta enfermedad y su abuela materna, a la que tuvieron que amputarle una pierna, igual que a su tío al que tuvieron que amputarle ambas piernas. Su madre no lo tiene y sigue vivo, por lo que no afecta a toda la familia. No obstante, si algo llama la atención es que a pesar de que casi todos los miembros de la familia han sufrido casos de diabetes, esto no ha impedido que la informante haya dejado de consumir productos azucarados. Parece que de alguna manera estaba predestinada a tenerla y no le importaba qué consumía. Más adelante, cuando le pregunte si existía una diferencia entre la diabetes que uno desarrolla por herencia genética y la que se desarrolla como consecuencia del estilo de vida, me respondió de manera tajante que la forma de alimentarse influye en alto grado, al igual que el sedentarismo. Ella misma explica su diabetes ligera por el hecho de haber hecho natación, si bien su alimentación calificaba más bien de descontrolada.

La creencia de que la herencia es una causa del desarrollo de la diabetes está muy arraigada en México, de hecho casi la mitad de mis informantes lo mencionó sin necesidad de preguntar directamente por este factor. Después de preguntarles casi todos ellos le atribuían a la herencia una importancia capital, aunque lo cierto es que ninguno mencionó que hubieran heredado malas costumbres alimentarias de su familia. Como muestra el caso de M16, a pesar

¹⁵⁷ M2, M6, M13, M15, M18 y M21.

¹⁵⁸ M1, M14, M20, M17, y M23

¹⁵⁹ M20

¹⁶⁰ Porque fueron 3 (M7, M10 y M16) que respondieron con múltiples otros factores.

de la incidencia que la enfermedad tenía en su familia, esto no había tenido un efecto en su dieta, sino que no fue hasta que ella misma fue diagnosticada cuando empezó a cambiar su estilo de vida.

De los 12 informantes en Colombia, un total de 7 no mencionaron la herencia. Sólo A13 sabía la diferencia entre la diabetes del Tipo 1 y del Tipo 2, entonces comentó que el Tipo 1 era congénita, pero no era lo mismo que la herencia. También tenía claro que el Tipo 2 era producto de unos hábitos alimenticios poco saludables. La señora A5 creía que era posible que algunos tuvieran esta predisposición desde su nacimiento pero tan solo unos pocos. En el caso de A3, opinaba que la diabetes bien se heredaba o bien se desarrollaba por comer mucho dulce. En la misma línea contestó A12, quien admitió que su madre tenía diabetes pero no quiso decir si ella lo tenía o no, por lo que tampoco se insistió. La informante A9 decía la enfermedad se transmitía de generación en generación, y como su madre lo había tenido ella intentaba cuidarse todo lo posible y evitar la ingesta de azúcares. La señora A8 creía que venía por herencia, pero tampoco negaba la importancia de comer sano en cuanto a evitar un posible desarrollo de la enfermedad. Mis informantes colombianos, por lo general, no subrayaron la importancia de la herencia como posible causa, sino que lo mencionaron cuando se les preguntaba acerca de cómo desarrollar la diabetes, e incluso en esta pregunta la mayoría se refirió al consumo de azúcar.

Una de las principales diferencias entre México y Colombia en cuanto al impacto de la epidemia de la diabetes es la importancia atribuido a la herencia. La frecuencia en el uso de la herencia como explicación para el desarrollo de la enfermedad y la medida en que esta era mencionada variaba mucho de un país a otro. En México había más personas que empleaban la herencia como justificación para su propia diabetes o las de otras personas en Colombia. La tendencia que había en Colombia, por el contrario, era centrarse en la alimentación en general, específicamente en el consumo de azúcar. En todo caso, mis informantes mexicanos también reconocieron la alimentación como causa, pero en muchos casos únicamente después de recibir una pregunta específica sobre la alimentación u otras posibles causas de la enfermedad. En Colombia, sucedió lo contrario, mis informantes reconocían la herencia como una de las causas para el desarrollo de la diabetes.

La tendencia a relacionar la diabetes con la herencia puede obstaculizar el trabajo de disminución de la prevalencia, así como la incidencia de la diabetes en Colombia y México. Esta creencia de la herencia como causa tiene dos manifestaciones: la primera es cuando mis

informantes tienen entendido que algunos están destinados a tener la enfermedad, y por eso no les importa demasiado lo que comen o beben, ya que irremediablemente van a padecer diabetes. La segunda es la herencia entendida como un factor que te hace más proclive al desarrollo de la enfermedad, y por ello hay más necesidad de cuidarse. En cuanto a este conocimiento, es relevante volver a la genética contra los costumbres, ya que probablemente son las costumbres las que van de generación a generación dentro de las familias con mucha diabetes, y por ello es sustancial aprender a cuidarse y entender que esos familiares son un modelo a seguir.

4.4.5 Los mitos como explicación de la etiología de la diabetes.

Hay otro tipo de creencias más alejadas de la medicina moderna que son las que en este trabajo se recogen como “mitos”. Durante esta investigación me encontré con personas que tenían diferentes creencias basadas en mitos y que servían como modelos explicativos del desarrollo de la enfermedad. Creencias que pueden ser obstáculos para la prevención y el tratamiento de la diabetes. Este aspecto ha sido investigado más profundo en otras investigaciones, sobre latinos en EE.UU. Uno publicado por el Texas Woman's University¹⁶¹ explica porque los modelos existentes de salud no funcionan en latinos, especialmente en mujeres mayores que tienen creencias religiosas y culturales tradicionales. El reporte tiene como consejo principal no trabajar en contra estas creencias sino de incorporarlas. Otro publicado en Journal of the American Association of Nurse Practitioners¹⁶² hicieron una compilación de 85 diferentes artículos descriptivos, tanto cualitativos como cuantitativos, sobre las creencias de hispanos sobre la *diabetes mellitus*. Concluyeron que hay diversidad entre subgrupos de hispanos, en general su entendimiento de la etiología incorpora tanto lo biomédico como herencia, tradicional como el susto y los religiosos. Estas creencias afectan su interpretación de como la enfermedad puede ser tratado. Otro publicado en The Diabetes Educator¹⁶³, sobre las actitudes en los pacientes latinos con diabetes Tipo 2 y las problemas que llevaba, desde la perspectiva de los que trabajadores de salud. Concluyeron que empleaban remedios caseras, y debido a las necesidades familiares, seguir un régimen de tratamiento regido e individual puede ser entendido como egoísta. Los anteriormente mencionados reportes afirman la importancia de las creencias culturales en el tratamiento y prevención de la diabetes, en latinos/hispanos en EE.UU y es posible pensar que los

¹⁶¹ Oomen, et al., “Culture Counts. ”

¹⁶² Hatcher, et al., “Hispanic adults’ beliefs about type 2 diabetes.”

¹⁶³ Lipton, et al., “Attitudes and Issues in Treating Latino Patients With Type 2 Diabetes.”

descubrimientos de estos reportes serían relevante también para los habitantes de los dos países investigados en este trabajo académico.

Un ejemplo de la existencia de mitos en mis informantes de esta investigación se encuentra en la señora M19, la cual no creía en la herencia como causa de la diabetes, algo que ejemplificaba con el hecho de que su madre había sido diabética y ella no. Para explicar cómo su madre había desarrollado la diabetes decía que “le dio por depresión¹⁶⁴”. Afirmaba que la diabetes estaba en aumento en México, no por los cambios alimenticios, sino por el estrés. Al final, cuando se le preguntó si la enfermedad podía aparecer como consecuencia de un susto, ella afirmaba que sí, junto con la depresión o una emoción muy fuerte. La señora M17 también compartía esta creencia de que una fuerte impresión puede provocar la diabetes, y daba como ejemplo lo que sucedió a su madre cuando su padre murió dejándola sola con 3 hijos y embarazada del cuarto. Al quedarse viuda y con 4 hijos experimentó unas emociones tan fuertes que de repente apareció la diabetes. La señora también atribuía el aumento de la prevalencia de la diabetes al hecho de que la gente hoy en día tenga una vida más estresante. La informante M11 dio una explicación similar a cómo desarrolló la diabetes su marido: “mi esposo tiene diabetes, hasta donde yo me acuerdo se le vino de un susto”.

El mito más prevalente durante esta investigación fue otro: el coraje¹⁶⁵. De los 18 entrevistados mexicanos incluidos en esta investigación, 5¹⁶⁶ atribuyeron un susto como la causa o posible causa de que ellos u otras personas hubieran desarrollado la diabetes. De estas 5 personas, 3 también incluyeron el coraje como posible causa de la diabetes. El coraje fue explicado por M16 como: “son como peleas” y hacía entender que podía ser a nivel familiar.

Esta creencia en los mitos como el factor causante de la diabetes es algo prevalente en México. Según un estudio realizado en el estado mexicano de Nuevo León y publicado en 2003¹⁶⁷, donde se investiga la causa atribuida a la enfermedad en 350 pacientes con diabetes en 1999. En las 4 causas más atribuidas a la diabetes fue: 78 personas por un susto, 54 por coraje, 47 por herencia y una fuerte impresión. En el puesto número 8, con 15 respuestas se encuentra la explicación de “mucho azúcar en los alimentos” y en el puesto 13, con 7 respuestas encontramos a la obesidad. Finalmente 67 personas dicen no saber el origen de su

¹⁶⁴ Trastorno del estado de ánimo de una persona.

¹⁶⁵ Tener rabia o ser enfadado con alguien.

¹⁶⁶ M7, M10, M11, M16 y M19.

¹⁶⁷ Garza, et al., “Atribuciones y creencias sobre la *diabetes mellitus* Tipo 2.”, 427

enfermedad. Lo que estas estadísticas muestran es que la creencia en los mitos es prevalente en pacientes con diabetes.

Llegado a este punto, cabe plantearse qué significa un “susto” en el contexto de la diabetes. Si se atiende al inglés, “susto” se puede traducir como *fright* o *scare* y se puede clasificar como *culture-bound syndrome* (CBS). El CBS se puede entender como “enfermedades causadas por reacciones personales, sociales o culturales a problemas en procesos biológicos o psicológicos. Existen dentro de diferentes tipos de culturas, y puede tener diferentes significados dependiendo de la cultura. El susto es un CBS que existe en diversas culturas latinoamericanas”.¹⁶⁸ Se puede argumentar que un profundo susto puede provocar un descontrol en el cuerpo respecto a su nivel de azúcar (la diabetes).

Otra aspecto importante que debe considerarse es que al hablar de los mitos como posible explicación al desarrollo de la *diabetes mellitus* hay algunos beneficios, y es que si la diabetes proviene de un susto, o de uno de los otros mitos, el individuo no se siente culpable por su enfermedad, y en definitiva por su estilo de vida, aquí entendido más que todo por lo que come, bebe y su nivel de ejercicio físico. Uno de mis informantes, M10, justificaba su diabetes con los múltiples sustos o corajes que había sufrido. Estos sustos, explicaba, sucedieron cuando trabajaba en la tienda de sus padres y fue víctima de tres robos con arma de fuego. Según ella los sustos provocados por estos incidentes y el miedo que sufrió provocaron su diabetes. En la misma entrevista, la señora, también contaba de otra cosa que sucedió cuando trabajaba en la tienda, que puede ser un fuerte indicador de por qué se desarrolló la diabetes: su consumo de refrescos, pues contaba que “...fácil en todo el día me tomada unos 10 refrescos de los chiquitos, ...” Hace 9 años que descubrió que tenía diabetes y según ella había dejado el refresco. Anteriormente en la entrevista cuando le pregunté cuánto tiempo les duraba un refresco de 3 litros, M10 me respondió que cuando tomaban refresco normalmente eran botellas de medio litro cada una y que lo consumían 2-3 veces a la semana. Sobre la dieta sabía mucho de cómo debía comer, pero ponía como excusa que no podía costearse un nutricionista profesional. Según ella necesitaba una persona a su lado para decirle qué podía comer y qué no, pero al parecer sabía mucho después de haber estado con un nutricionista antes. A lo que M10 no atribuía la culpa de la diabetes fue en la genética,

¹⁶⁸Poss, et al. “The Role and Meaning of Susto in Mexican Americans' Explanatory Model of Type 2 Diabetes”, 362

aunque le pregunté directamente por ello, además sus padres también lo tenían y lo desarrollaron como adultos.

A la hora de revisar su refrigerador personal con su permiso, pude observar la presencia de 3 botellas de refresco, 5 botellas de agua, donde por lo menos 3 es de sabor. También había por lo menos 5 cajitas de jugo de Boing y 4 o más gelatinas. Los últimos compartimentos contenían fruta y verdura, como se puede ver en la imagen: Manzanas, tomates y guayaba. Los jugos de Boing los tenían por un antojo, decía, pues M10 sabe que no debe tomar cosas azucaradas, y que sus padres tampoco, pero todavía lo consumen 2-3 veces a la semana.

Durante las entrevistas en México descubrí dos informantes¹⁶⁹ quienes tenían madres diabéticas que lo atribuyeron a una impresión. Uno¹⁷⁰ también afirmaba que la diabetes se puede conseguir por un susto.

Cuando entrevisté a otra señora que atribuyó la diabetes a un susto, M11, decía que su esposo tenía diabetes y ella recuerda que esto se debe a un susto que él recibió, pero, no obstante, antes de esto mencionó que todos lo tenemos y que es cuestión de tiempo desarrollarla.

Cuando intenté preguntarle más a fondo sobre su visión de la diabetes y si una persona que vive de manera saludable y es por naturaleza delgada puede desarrollar la diabetes con un susto, me respondía: “Pues, ¿quién sabe?”. Siendo que era el esposo quien lo tenía y no ella, puede ser que la señora no tuviera la misma necesidad de justificarse que M10 lo tenía.

También es plausible que M11 lo hubiera escuchado de su esposo y solo repitiera lo que él había dicho. Para el esposo seguramente fue conveniente decir que le vino por un susto y para su esposa, M11 era fácil de creer porque en México es un mito común.

Los otros 3 informantes¹⁷¹ que creían en la posibilidad de que la diabetes se produjera por un susto, no tenían la enfermedad ni podían confirmar que nadie de su entorno hubiera desarrollado la enfermedad por tales motivos.

En Colombia lo más cerca de un caso de creencia en mitos fue la señora A8, que decía que gracias a Dios no tenía muchas preocupaciones, porque esto si podía conducir a enfermedades. La informante A9 decía que tenía que cuidarse del estrés porque si no se disparaba el azúcar y A5 dejó de tomar sus medicinas para su alto nivel de azúcar y “gracias a

¹⁶⁹ M17 y M19

¹⁷⁰ M19

¹⁷¹ M7, M16 y M19

dios” no se le disparó su nivel de azúcar. Si el “gracias a Dios” es una creencia verdadera en el poder de Dios para influir en el nivel de azúcar o solo el uso de una expresión muy común en Antioquia no se puede determinar. En Colombia una creencia que puede estar cerca de un mito es la atribución del estrés como causa, aunque esto es muy probable que tenga que ver con el desarrollo de diferentes tipos de enfermedades. Aun así, parece poco probable que alguien desarrolle diabetes únicamente por un problema de estrés. Algunos colombianos también atribuyeron a Dios aspectos positivos relacionados con su estado de salud. Por ello, se puede decir que, sin incluir a Dios en un mito, mis informantes colombianos que han participado en esta investigación se han mostrado más religiosos que los mexicanos.

El estrés fue algo mencionado en ambos países como causa de la diabetes, ya que está relacionado con el nivel de azúcar en la sangre. Mucho estrés conduce a un alto nivel de azúcar, lo que a su vez puede conducir a la diabetes, de acuerdo con las respuestas de mis informantes. Esto significa que sus creencias no están completamente desconectadas de la realidad; el estrés u otros problemas mentales pueden conducir a problemas físicos, incluyendo los sustos, que también pueden causar mucho estrés o una impresión muy fuerte, tal y como dos de las informantes mencionaron. La diferencia del estrés respecto al mito es que el estrés es algo presente en la vida de alguien por mucho tiempo, mientras que un susto o fuerte impresión es un evento que se sucede en un tiempo limitado. Por eso, un susto como causa de la diabetes puede ser visto desde la perspectiva del ama de casa tradicional, ya que según explica el texto de Criado en las amas de casa que están más cerca del polo tradicional, “la enfermedad es una especie de accidente en el que uno cae.”¹⁷² Dentro del grupo de informantes mexicanos con creencias en un susto y/u otros mitos para explicar la etiología de la diabetes había algunas similitudes, todos son de la clase baja (uno de media baja), por encima de 40 años y dentro de la escala de Criado se encuentra más hacia lo tradicional, algunos representan a los más tradicionales de mis informantes. Eso es diferente a la creencia en la genética como factor único o muy importante para el desarrollo de la diabetes, una creencia que estaba prevalente en los de la clase baja hasta los de la clase alta en ambos países, aunque en menor grado en Colombia.

En la entrevista con M10 sale a relucir otro aspecto importante sobre la creencia en los mitos, si estos son firmes o si pueden cambiar. A la misma vez que mencionaba su creencia en el susto como causa, también se refería a la obesidad que ella padece. Al final de la entrevista

¹⁷² Criado, “El valor de la buena madre.”, 105

cuando le preguntaba si había más diabetes en México me respondió que sí y lo atribuyó al estilo de vida de los mexicanos. El estilo de vida también fue su respuesta cuando se le preguntó acerca de la herencia como posible razón, porque hasta un diabético puede vivir mucho tiempo si se cuida y tiene mucha fuerza de voluntad para evitar las cosas que a uno le hace daño.

Las respuestas están en concordancia con un estudio realizado con mexicanos de primera y segunda generación en El Paso, Texas, sobre el rol y el significado del susto en su “Explanatory Model” del diabetes 2¹⁷³, el cual ofrecía la posibilidad de usar el susto como *modelo explicativo* para la diabetes como algo propenso del mexicano medio sin importar la ubicación geográfica. Esta investigación mostró que mis informantes inicialmente ponían mucho énfasis en el susto para explicar su diabetes. Contaron con mucho detalle el susto específico que les provocó la diabetes. La investigación contaba con un beneficio en cuanto a descubrir con profundidad las concepciones de mis informantes, fueron entrevistas profundas de hasta 2 horas. Cuando el entrevistador seguía preguntando sobre las causas de la diabetes, la mayoría respondieron mencionando otras causas, como la mala alimentación, la obesidad, la herencia y la falta de actividad física. Causas que son parte de la explicación de la medicina para explicar cómo se consigue la *diabetes mellitus*.

La creencia en más de una causa para la diabetes está en concordancia de una investigación realizada en el norte de Australia, en una comunidad aborigen, “that Aboriginal explanations were neither static nor absolute and individuals could have multiple or varying explanations for the cause of diabetes, while also accepting another individual’s different explanation.”¹⁷⁴ Así que como decía el señor M16¹⁷⁵ que respondió a la pregunta de cómo se consigue la diabetes con múltiples causas y no parecía que las diferentes causas estaban en “conflicto” con las otras teorías. Sus respuestas sobre la enfermedad crearon la impresión de que algunos lo consiguieron por una razón, mientras otros lo conseguirán por otro. Aunque una parte puede estar derivada de la medicina, como el consumo alto de azúcar o por estar obeso, la otra está más alejada de la medicina oficial. Aparentemente una causa no está en contra de otra, se puede conseguir de diferentes maneras.

¹⁷³ Poss, et al., “The Role and Meaning of Susto in Mexican Americans’ Explanatory Model of Type 2 Diabetes.”, 363

¹⁷⁴ London, et al., “Aboriginal perspectives of diabetes in a remote community in the Northern Territory.”

¹⁷⁵ También: M7, M10 y M16

La señora M10 fue el caso más obvio de tener múltiples causas en su etiología de la enfermedad y cambiarlo a través de la entrevista, pero también fueron tenían otros. Algunos informantes mexicanos respondieron inicialmente diciendo que la herencia fue la causa por la diabetes, también admitieron más tarde por su propia cuenta que la alimentación también es importante, mientras otros solo lo afirmaron cuando les pregunte si la alimentación podía ser una causa. En Colombia mis informantes no tenían una tendencia significativa de variar sus respuestas durante las entrevistas. Una diferencia significativa entre los dos países en cuanto a la visión y conocimiento de la diabetes es la creencia en diferentes tipos de mitos para explicar el cómo se consigue la diabetes. En total fueron 5 de mis 18 informantes mexicanos que tenían fe en uno o más mitos como posible causa de la diabetes. Este se puede ver en conexión con la alta presencia de diabetes en el país, es decir, donde más personas tienen la necesidad de explicar su enfermedad con otra razón que no sea su propia culpa por el estilo de vida que han llevado.

La creencia en mitos para explicar la etiología de la diabetes es un obstáculo para el trabajo de disminución de la prevalencia de la diabetes y sus efectos. Cuando una minoría significativa atribuye el desarrollo de la diabetes a diferentes tipos de mitos están liberándose de toda culpabilidad de haber desarrollado la enfermedad, lo que significa no tener que cambiar los hábitos alimenticios de su familia para evitar que otros lo desarrollen. Siguen reforzando la creencia en el mito, reforzando a otras personas con esta creencia, ya sean diabéticos o no. Esto puede significar que personas en riesgo de desarrollarlo no sientan la necesidad de cuidarse porque la diabetes no viene de su estilo de vida sino de otros factores. Estos factores contribuyen a hacer más difícil el trabajo de los sectores de salud. Sin embargo, en cuanto a la creencia de los mitos es importante entender, no sólo el rol que tiene dentro en su manera de explicar la enfermedad, sino también cómo interactúa con otros factores.

4.4.6 La prevención de la enfermedad. La diabetes un tema en la familia.

El asunto de la prevención de la diabetes existen dos niveles diferentes, un nivel global, donde el WHO y otras organizaciones mundiales o regionales están trabajando para aumentar su conocimiento de la diabetes y cómo prevenirlo, y un nivel estatal, que se manifiesta en los servicios sanitarios y en la educación. El penúltimo nivel es la familia, pues si en una familia predomina uno de los mitos como explicación de la diabetes, o no se habla del tema ni enseñan a sus hijos a prevenir la enfermedad, es más probable que ellos también lo

desarrollen. Para poder enseñar a los hijos cómo evadir la enfermedad, primero los adultos tienen que saber ellos mismo cómo se desarrollan la enfermedad.

La señora M21 tiene un esposo diabético, pero de todas formas la diabetes no es un tema en la familia. Esto puede estar relacionado con el hecho de que la señora M21 atribuye la diabetes a la herencia, como en el caso de su esposo. Él lo tiene porque la familia tenía y él la heredó de su madre. Su fe en la herencia como causa no le hace imposible creer en otra causa como la alimentación, y aseguraba que se puede desarrollar por comer mucha grasa, ya que mala alimentación hace propensa a una persona a desarrollar la diabetes. El señor lleva 30 años con la enfermedad y sigue tomando refrescos cada día. La informante M11 también tiene un esposo diabético y aunque, según ella, vino de un susto, respondió “Sí, claro”, cuando le pregunté si hablaban sobre la diabetes en su familia. Se puede interpretar que hay cierta consciencia en la familia sobre la problemática de la diabetes y es necesario hablar de ello para prevenirlo en un futuro.

La informante M7 decía que no sabía de dónde venía la diabetes, pero aseguraba que también lo hablaban en su familia porque su madre era diabética. De esto podemos interpretar que la señora sí tiene una idea de dónde viene la enfermedad, de la genética. La señora M15 aseguraba que en su familia hablaban mucho del tema porque en la familia de su padre de los 16 hermanos que tenía, 15 ya se murieron por diabetes. También me contó que no se atrevía a hablar de ello con su hermana obesa y diabética porque suele enfadarse cuando le sacan el tema. La misma señora tiene mucha fe en la herencia como causa y comentaba que hay mucha gente que es propensa a desarrollarlo, por eso cuando en una familia existe la posibilidad de desarrollar la diabetes es importante tomar conciencia y llevar un estilo de vida saludable que retrase en la medida de lo posible la aparición de la enfermedad. El esposo de M13 tiene un padre con diabetes y por eso él está genéticamente predeterminado a tenerlo, aunque lo cierto es que su suegro lo desarrolló cuando llegó a la vejez. Por este motivo, la diabetes es un tema recurrente en la familia y el esposo ha ido al centro de salud para hacerse revisiones, aunque admite que sus hijos todavía no.

La señora M6 tenía diabetes y también ha visto a muchos de sus familiares diabéticos sufrir las consecuencias de la enfermedad, a muchos de ellos tuvieron que amputarles un pie o los dos. Decía que lo hablaban en casa y que ella personalmente tenía mucho miedo por lo que le había pasado a sus familiares, pero también admitía que ello no le había impedido dejar de consumir refrescos o comidas grasosas. En la familia de la señora M10, donde los tres son

diabéticos, también lo hablan, pero si observamos el contenido de su refrigerador parece que no ha afectado mucho a su rutina diaria. La informante M17 aseguraba que no se hablaba de ese tema en casa, pero regañaba a su hija si comía muchos dulces. En la familia de M23, una señora que lleva 12-13 años con diabetes, también se hablaba de la necesidad de cuidarse, pero sobre todo de la necesidad de no engordar porque eso puede empeorar la diabetes. Otra señora, M19, que tenía fe en múltiples mitos afirmaba que la diabetes era un tema frecuente en la familia y que intentaba asegurarse de que se alimentaban adecuadamente. Las señoras M18 y M20 fueron las únicas que aseguraron no hablar del tema en casa, la segunda de ellas simplemente porque no había diabéticos en la familia.

La diabetes es un tema en casi todas las familias de mis informantes mexicanos, en gran medida por tener familiares con la enfermedad. Por la variación de su conocimiento sobre la enfermedad hay una gran diferencia en su manera de hablar sobre la ella, y aquí es donde sus valores y visiones se manifiestan.

En Colombia, donde la problemática de la diabetes no es tan grave como México, todavía para muchos es un tema recurrente en su familia. En la familia de A5 a veces se comenta, pero lo más importante es cuidarse y llevar una vida ordenada. La señora A6 también decía que hablaban del tema y, si bien a su nieta le gustan los dulces y la gaseosa, consiguen controlar la ingesta de azúcares. La señora M9, quien tenía una madre que murió de diabetes, comentaba que siempre les decía a sus hijos que no usaran la sal y el azúcar en exceso para que no se quedaran como su abuela. Para la informante A1, en cambio, el tema de la diabetes es algo que sale de ella, porque tenía una madre, una abuela y una hermana que murieron de la enfermedad. Ella misma tenía diabetes y después de hacer una operación de marcapasos tuvo que cambiar su dieta. Por este motivo, intenta explicarle a sus hijos que hay que consumir menos azúcar y otras cosas no-saludables.

En la familia de A4 también había diabetes, pero no era el motivo por el cual se hablaba de ella en casa, sino que más bien se hacía hincapié en el hecho de que para no desarrollar esta enfermedad es necesario comer cosas saludables. No obstante, señalaba que cuando el médico comienza a eliminar alimentos de la dieta de personas diabéticas porque son peligrosos, no consideraba que no pudiera dárselos a sus hijos, ya que se consideraban peligrosos para un grupo de personas con una enfermedad muy concreta. Como a ella misma le sucedió, su médico le quitó la harina pero sus hijos siguen consumiéndola en grandes cantidades.

En Colombia mis informantes también decían hablar de la diabetes porque había miembros en la familia que lo padecían, pero si no había familiares diabéticos no había razón para sacar el tema. En algunos casos intentaban aconsejar a las siguientes generaciones sobre la necesidad de comer de manera saludable pero ello no implicaba que les prohibieran alimentos que a ellos mismos les habían sido prohibidos. El tema de la diabetes, por tanto, está presente en la mayoría de las familias de mis informantes, y tanto en Colombia como México por lo general lo hablan con su familia, bien porque hay familiares que lo tienen o lo han tenido (para no decir murieron de esto) o bien porque quieren que sus hijos sigan las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud en cuanto al ejercicio y la alimentación. Al tener diferentes interpretaciones de la enfermedad, los consejos dados por las autoridades alimenticias de la familia, las amas de casa, tienen la misma variedad.

5 Conclusión

La *diabetes mellitus* es un grave problema a nivel mundial y México es uno de los países donde la enfermedad ha tenido más incidencia en el último cuarto de siglo. En un país en el que la cifra de muertes por la *guerra del* narcotráfico supera las 100 000 víctimas en los 6 últimos años, las estadísticas oficiales arrojan hasta 500 000 muertes por diabetes durante los últimos años, lo cual representa el 14% de la mortalidad de México. En el lado opuesto se encuentra Colombia con una tasa de mortalidad anual por diabetes en el 3%.

De la gran diferencia en la tasa de mortalidad nace la motivación de este trabajo en ahondar en la causas por las cuales México presenta una tasa de mortalidad 14 veces mayor que la de Colombia. Para ello, en este trabajo se ha llevado a cabo un estudio cualitativo que a través de entrevistas personales con un total de 38 informantes, 25 en México y 13 en Colombia, ahonda en el estilo de vida que siguen en torno a 3 bloques temáticos principales: la alimentación, el consumo de líquidos y la visión misma que tienen de la enfermedad.

Asimismo, este trabajo se ha centrado en la perspectiva de amas de casa de ambos países, ya que son las personas encargadas de la alimentación familiar y su experiencia y perspectiva permite una mirada más profunda hacia las costumbres alimenticias que tienen los hogares mexicanos y colombianos. Dentro de estos hogares se encuentran las respuestas para entender por qué la tasa de mortalidad por diabetes ha ido en aumento durante el último cuarto de siglo.

En el capítulo 3 se ha presentado la situación de México respecto a la prevalencia de la diabetes, el número de diabéticos no diagnosticados y tasa de obesidad, donde México tiene casi el doble de Colombia. En cuanto al consumo de refresco México tiene un consumo dos veces mayor que Colombia. En los dos países solo 1 de cada 5 personas realiza actividad física durante su tiempo libre. La diferente tasa de mortalidad no se encuentra en los servicios de salud, porque los dos países han logrado una disminución similar de muertes con inversiones en salud, sino en factores externos, como el diferente acceso al agua. . La Ciudad de México está en una posición desfavorable frente a Medellín en cuanto al acceso de este líquido debido a su situación geográfica.

En el capítulo 4 se ha podido observar, a través de las respuestas de los informantes, cómo la prevalencia de la diabetes está en mis informantes: había más mexicanos con la enfermedad o con familiares cercanos enfermos. Con respecto a la alimentación, sin incluir el consumo de

líquidos, en esta investigación no se encontraron diferencias significativas entre mis informantes colombianos y mexicanos. En cuanto al consumo de líquidos, en este trabajo se encontraron diferencias significativas, especialmente cuando se trata del consumo de bebidas hechas a base de frutas naturales. En ambos países han tenido la costumbre de tomarlas y dentro de los informantes colombianos el consumo sigue siendo todavía alto, mientras que en México ha disminuido considerablemente. Los mexicanos también afirman tomar refrescos con más frecuencia que los colombianos, pero muy pocos afirman tomarlo frecuentemente. Mis informantes en ambos países desconfiaban en que el gobierno canalizara los recursos provenientes del impuesto a las bebidas con azúcar añadido para los servicios de salud. Con respecto a las creencias sobre la etiología de la diabetes también encontré diferencias sustanciales entre mis informantes mexicanos y colombianos; los mexicanos tenían una tendencia a enfocarse en la herencia genética frente a la alimentación y, hasta cierto punto, en Colombia fue lo contrario. Dentro de los informantes mexicanos también había una minoría significativa que atribuyó el desarrollo de la diabetes a mitos, principalmente el *susto*. Entre los informantes colombianos, la creencia en los mitos fue casi inexistente. De todas maneras, ni la creencia en la herencia genética o en los mitos fue una creencia firme o única, pues casi todos los informantes con estas creencias también reconocieron que la alimentación era un factor importante en el desarrollo de la enfermedad.

Durante este trabajo se ha puesto en relieve la importancia que tiene los factores culturales en la prevención de la *diabetes mellitus* y sus consecuencias. Las creencias de muchos de los informantes, principalmente entre los mexicanos, en la genética como factor casi único para el desarrollo de la diabetes es uno de los principales obstáculos para la implantación de una política exitosa de salud contra la enfermedad. Esta creencia, no obstante, también tiene que ver con la dificultad de diferenciar entre la *diabetes mellitus* y la diabetes Tipo 1. La epidemia de la diabetes es en realidad la epidemia de la *diabetes mellitus*, una enfermedad derivada casi exclusivamente del estilo de vida, donde la genética es únicamente un factor que puede facilitar el desarrollo. El otro gran obstáculo son las creencias en los diferentes mitos sobre la etiología de la enfermedad, de modo que las personas que creen en este tipo de mitos aseguran que la diabetes ha aparecido a causa de un *susto*, por ejemplo. Estas creencias parecen estar mucho más presentes en la cultura popular mexicana y se ofrece como una manera de justificar la enfermedad para un diabético sin hacerse responsable de su propio estilo de vida. La creencia en la genética como único factor para el desarrollo de la diabetes también puede crear este tipo de justificaciones. En este sentido, parece preocupante que el

individuo no asuma su responsabilidad sobre su propia enfermedad y, por tanto, no ejerza como ejemplo para sus familiares o amigos. En todo caso, si estas creencias pueden explicar las diferencias en la prevalencia de diabetes entre México y Colombia o si son consecuencias de la misma diferencia es algo que este trabajo no puede contestar, pero permite abrir nuevas líneas de investigación que se centren en la problemática de las creencias populares.

Como reflejo de los factores que se atribuyen al desarrollo de la diabetes en los informantes mexicanos, principalmente en lo que respecta al consumo de líquidos, se puede observar que los mexicanos consumen más refrescos y menos bebidas hechas a base de fruta. Del mismo modo, en cuanto al consumo de agua, fue notoria la dificultad que tienen algunos informantes para ingerir las cantidades mínimas recomendadas de agua a diario, y ello permitió descubrir que un mayor número de colombianos tenía problemas con su consumo de agua frente a los mexicanos.

Futuras investigaciones podrían centrarse en el cambio de los hábitos alimenticios y el nivel de actividad física a nivel nacional. También resultaría de interés realizar entrevistas más profundas y encontrarse con informantes de otros rangos de edad para conseguir una visión más global de la problemática. Este estudio ha sido un inicio sobre esta temática que abre distintas vías de investigación, ya que durante las entrevistas han surgido más preguntas y temas que podrían ser tratados en futuros trabajos, como por ejemplo la visión de las amas de casa sobre los servicios de salud y cuáles son las ayudas necesarias del Estado para mantener los aspectos positivos del lado tradicional y a la vez lo positivo de los ideales modernos. Con los jóvenes habría sido interesante hacer preguntas similares a las que se hicieron a los informantes de este trabajo para ver si las creencias de las amas de casa están reflejadas también en los jóvenes.

6 Referencias

Libros:

Grønmo, Sigmund. *Samfunnsvitenskapelige metode*. Bergen: Fagbokforlaget. 2004

Ryen, Anne. *Det kvalitative intervjuet*. Bergen: Fagbokforlaget. 2002

Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utgave. Oversatt av Anderssen, Tone M og Rygge, Johan. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS. 2015.

Otros:

Barrón, Guelly Auza. “El negocio de agua embotellada en Colombia”. 2007. Ubicado en: http://cedins.org/index.php/materiales-pdf/doc_download/28-el-negocio-de-agua-embotellada-en-colombia el 28.04-2017

Calvillo, Alejandro. “¿Sexenio de la salud, el de Calderón? El Poder del Consumidor.” 30.11-2012. Ubicado en: <http://elpoderdelconsumidor.org/saludnutricional/intolerable-que-calderon-afirme-que-este-fue-el-sexenio-de-la-salud/> el 04.04-2017

Dávila-Cervantes, Claudio A. Agudelo-Botero, Marcela y. Gloria-Hernández, Laura E. “Diabetes en México y Colombia: análisis de la tendencia de años de vida perdidos, 1998-2007”. *Salud Pública* vol.13 n.4 (2011) Ubicado en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0124-006420110004&lng=en&nrm=iso el 01.04-2017

Corrupcionario mexicano. “Chesco.” 2016. Ubicado en: <http://corrupcionario.mx/chescos/> el 10.03-2017

Colchero M Arantxa, Popkin Barry M, Rivera Juan A, Ng Shu Wen. “Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study BMJ.” 2016. Ubicado en <https://doi.org/10.1136/bmj.h6704> el 16.11-2016

Criado, Enrique Martín, El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares. *Revista Espanola de Sociologia* 4(4). January 2004
https://www.researchgate.net/publication/28089185_El_valor_de_la_buena_madre_Oficio_de_ama_de_casa_alimentacion_y_salud_entre_las_mujeres_de_clases_populares
el 03.03-2017

Dinero.com. Los 10 países latinos que más gaseosas consumen. 11.12-2014. Ubicado en: <http://www.dinero.com/pais/articulo/los-10-paises-latinos-mas-gaseosas-consumen/203039> el 23.04-2017

- El Economista. “¿A qué edad se independizan los jóvenes en el mundo?” 2016. Ubicado en: <http://eleconomista.com.mx/tecnociencia/2016/06/22/que-edad-se-independizan-jovenes-mundo> el 22.03-2017
- El Espectador: Impuesto a bebidas azucaradas será de 300 pesos por cada litro. 19 Oct 2016. Ubicado en: <http://www.elespectador.com/noticias/economia/impuesto-bebidas-azucaradas-sera-de-300-pesos-cada-litr-articulo-661243> el 27.03-2017
- El Espectador: Salario mínimo para 2016 quedó en \$689.454. 30 Dic 2015. Ubicado en: <http://www.elespectador.com/noticias/economia/salario-minimo-2016-queda-689454-articulo-608297> el 27.04-2017
- El Poder del Consumidor. Al beber un refresco ingieres 12 cucharadas de azúcar. 2013. Ubicado en: <http://elpoderdelconsumidor.org/saludnutricional/te-comerias-12-cucharadas-de-azucar/> el 23.04-2017
- Empresas Públicas de Medellín E.S.P. Aguas. Ubicado en: <http://www.epm.com.co/site/home/institucional/nuestrosservicios/agua.aspx> el 20.03-2017
- Escobar, Paola Morales. “Cerca de 26.126 viviendas no tienen servicio de agua en Medellín.” El Tiempo. 2014. Ubicado en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-13708395> el 23.04-2017
- Espejo, Karen: Los alimentos pueden generar hasta 200 enfermedades: conoce cómo prevenirlas. Publimetro. 2015. Ubicado en: <http://publimetro.pe/vida-estilo/noticia-alimentos-pueden-generar-hasta-200-enfermedades-conoce-como-prevenirlas-33182?ref=ecr> el 10.03-2017
- Federación internacional de Diabéticos /International Diabetes Federación (IDF). Global Diabetes Scorecard 2014. Ubicado en <http://www.idf.org/global-diabetes-scorecard/assets/downloads/Scorecard-29-07-14.pdf> el 01.04-2017
- IDF. Atlas de la Diabetes. 7 edición. 2015. Ubicado en: <http://www.diabetesatlas.org/> el 24.03-2017
- IDF. Diabetes Atlas, 5th edition 2011. Ubicado en: <http://www.diabetesatlas.org/> el 24.03-2017
- IDF. Diabetes Atlas, 4th edition 2009. Ubicado en: <http://www.diabetesatlas.org/> el 24.03-2017
- IDF. Diabetes Atlas, 3rd edition, 2007. Ubicado en: <http://www.diabetesatlas.org/> el 24.03-2017
- IDF. Diabetes Atlas 2nd edition, 2003. Ubicado en: <http://www.diabetesatlas.org/> el 24.03-2017
- IDF. About Diabetes: Risk Factors. Ubicado en: <https://www.idf.org/about-diabetes/what-is-diabetes> el 10.05-2017

- Forero, Gabriel. “Venta de agua en botella mueve US\$10.237 millones.” La Republica. 2016. Ubicado en: http://www.larepublica.co/venta-de-agua-en-botella-mueve-us10237-millones_347431 el 24.04-2017
- Garza Elizondo, Calderón Dimas, Salinas Martínez, Núñez Rocha y Villarreal Ríos. Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus Tipo 2. Rev Med IMSS 2003; 41 (6): 465-472. Ubicado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im036b.pdf> el 02.04-2017.
- Hatcher, Erin, et al., *Hispanic adults' beliefs about type 2 diabetes: Clinical implications.* 25 September 2007. Ubicado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17897118> el 20.04-2017
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF). Nov 2016. Ubicado en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/resultados_mopradev_nov_2016.pdf el 19.04-2017.
- INEGI. Agua potable y drenaje. 2010. Ubicado en: <http://cuentame.inegi.org.mx/territorio/agua/dispon.aspx?tema=T> el 24.04-2017
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Resumen Ejecutivo ENSIN. 2010. Ubicado en: http://www.javeriana.edu.co/documents/245769/3025871/Resumen_Ejecutivo_ENSIN_2010.pdf/160e9856-006d-4a60-9da3-d71606703609 el 23.04-2017
- Jody S. Oomen, et al., Culture Counts: Why Current Treatment Models Fail Hispanic Women With Type 2 Diabetes. The Diabetes Educator. Volume: 25 issue: 2, page(s): 220-225. March 1, 1999. Ubicado en: <https://doi.org/10.1177/014572179902500207> el 20.04-2017
- Lipton, Rebecca B, et al., Attitudes and Issues in Treating Latino Patients With Type 2 Diabetes: Views of Healthcare Providers. The Diabetes Educator. Volume: 24 issue: 1, page(s): 67-71. February 1, 1998. Ubicado en: <https://doi.org/10.1177/014572179802400109> el 20.04-2017
- London, Jason A. y Guthridge, Steven. Aboriginal perspectives of diabetes in a remote community in the Northern Territory. Australian and New Zealand Journal of Public Health. Volume 22, Issue 6 October 1998 Pages 726–728. Ubicado en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-842X.1998.tb01478.x/abstract> el 13.04-2017
- Malik VS, Popkin BM, Bray GA, Despres JP, Willett WC, Hu FB. “Sugar-sweetened beverages and risk of metabolic syndrome and type 2 diabetes: a meta-analysis.” *Diabetes Care*. 2010; Nov; 33(11). Ubicado en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20693348> el 17.04-2017
- Ministerio de Salud y Protección Social. “Encuesta Nacional de Salud de Colombia.” 2007. Tabla 69. Ubicado en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf> el 19.04-2017.

- Montero-Contreras Delia P. “El consumo de agua embotellada en la Ciudad de México desde una perspectiva institucional.” *Agua y Territorio*, Núm. 7, Enero-Julio (2016): pp. 35-49. Ubicado en: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/atma/article/view/2961> el 24.07-2017
- Organización Mundial de Salud (OMS):: Datos estadísticos sobre Colombia. Ubicado en: <http://www.who.int/countries/col/es/> el 23.09-2017
- OMS: Datos estadísticos sobre México. Ubicado en: <http://www.who.int/countries/mex/es/> el 23.09-2016
- OMS: Diabetes Country Profile: Argentina. 2016 Ubicado en: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/arg_en.pdf?ua=1 24.03-2017
- OMS: Diabetes Country Profile: Chile. 2016 Ubicado en: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/chl_en.pdf?ua=1 24.03-2017
- OMS: Diabetes Country Profile: México. 2016 Ubicado en: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex_en.pdf el 23.09-2016
- OMS: Diabetes Country Profile: Colombia. 2016 Ubicado en: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/col_en.pdf el 23.09-2016
- OMS. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 2010. Ubicado en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/ el 24.03-2017
- OMS. Fiscal policies for diet and the prevention of noncommunicable diseases 2016. Ubicado en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/fiscal-policies-diet-prevention/en/> el 24.03-2017
- OMS. Global Report on diabetes. 2015. Ubicado en: <http://www.who.int/diabetes/global-report/en/> el 20.03-2014
- Organización Panamericana de la Salud. Obesidad un precursora de la Diabetes. 2012. Ubicado en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6718&Itemid=39448 el 23.04-2017.
- Roldán, Nayeli: El impuesto a bebidas azucaradas disminuyó 12% el consumo, revela estudio. 20/10-2015 Animal Politico. Ubicado en: <http://www.animalpolitico.com/2015/10/el-impuesto-bebidas-azucaradas-disminuyo-12-el-consumo-revela-estudio/> el 23.04-2017
- Pacheco-Vega, Raúl. “Agua embotellada en México: de la privatización del suministro a la mercantilización de los recursos hídricos.” *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad* Vol. XXII No. 63 Mayo/Agosto: 2015. Ubicado en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-05652015000200007 el 24.04-2017
- Peña Nieto, Enrique. Palabras Presidente Enrique Peña Nieto, durante la Inauguración del Centro de Innovación y Desarrollo de la Industria Mexicana de Coca-Cola 08.08-2016. Ubicados en: <https://www.gob.mx/presidencia/prensa/palabras-presidente-enrique->

[pena-nieto-durante-la-inauguracion-del-centro-de-innovacion-y-desarrollo-de-la-industria-mexicana-de-coca-cola el 03.04-2017](#)

Poss, Jane y Jezewski, Mary Ann. The Role and Meaning of Susto in Mexican Americans' Explanatory Model of Type 2 Diabetes. *Medical Anthropology Quarterly New Series*, Vol. 16, No. 3 (Sep., 2002), pp. 360-377. Ubicado en: <http://www.jstor.org/stable/25487772> el 20.03-2017

Proceso. Más de 121 mil muertos, el saldo de la narcoguerra de Calderón: Inegi. 2013 Ubicado en: <http://www.proceso.com.mx/348816/mas-de-121-mil-muertos-el-saldo-de-la-narcoguerra-de-calderon-inegi> el 12-11.2016

Vega Montiel, Aimée. “Por la visibilidad de las amas de casa: rompiendo la invisibilidad del trabajo doméstico.” *Política y Cultura*. 2007, n.28: 181-200. Ubicado en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422007000200008&lng=es&nrm=iso el 25.03-2017

United Nations: 64/292. The human right to water and sanitation. 2010. Ubicado en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/64/292&lang=E> el 25.04-2017

7 Apéndices:

Apéndice 1: Guía de entrevista

Entrevistas con amas de casa.

Preguntas:

Cuantitativos. ¿Quién es la entrevistada?

Primer nombre:

Año de nacimiento:

Trabajo enumerado fuera la casa:

Integrantes de la casa/familia:

- Edad:
- Nivel escolar:
- Trabajo:

Barrio:

- Cuantos años allí? (Antes?)

Cualitativos. 3 categorías

Dieta

¿Qué piensan en general en cuanto a la dieta? Que importante es comer saludable y como?

¿Cómo era la comida cuando fuiste niña? Si cambio, ¿cuándo? Al casarse, tener hijo etc

¿Que toman/tomaban?

¿Normalmente como son los platos de desayuno, almuerzo y cena en tu casa?

¿Quién es el encargado de comprar? Donde?

Que son los productos que no se pueden vivir sin? Prioridades?

Consumo de líquidos

Que prefieren tomarse con sus comidas? Que quieren los diferentes integrantes de la familia: Agua? Jugo? Refresco? Light? Leche?

Toman agua de la grifa,
- tiene buen sabor?

¿Consideran el agua como algo importante para su salud y cuanto es recomendable tomarse por dia?

Impuesto a bebidas azucaradas?

Diabetes

Segun ellos, ¿Cómo se consigue o evade la diabetes (*mellitus*)?

¿Hablan de diabetes en la familia?

¿De donde han conseguido la información sobre el diabetes? Amigos, prensa, television, novelas?

Integrantes con diabetes?

- ¿Desde cuando?

¿Cambiaron la dieta cuando alguien descubrió que tenía diabetes?

¿Porque crees que el diabetes ha aumentado tanto en Mexico?

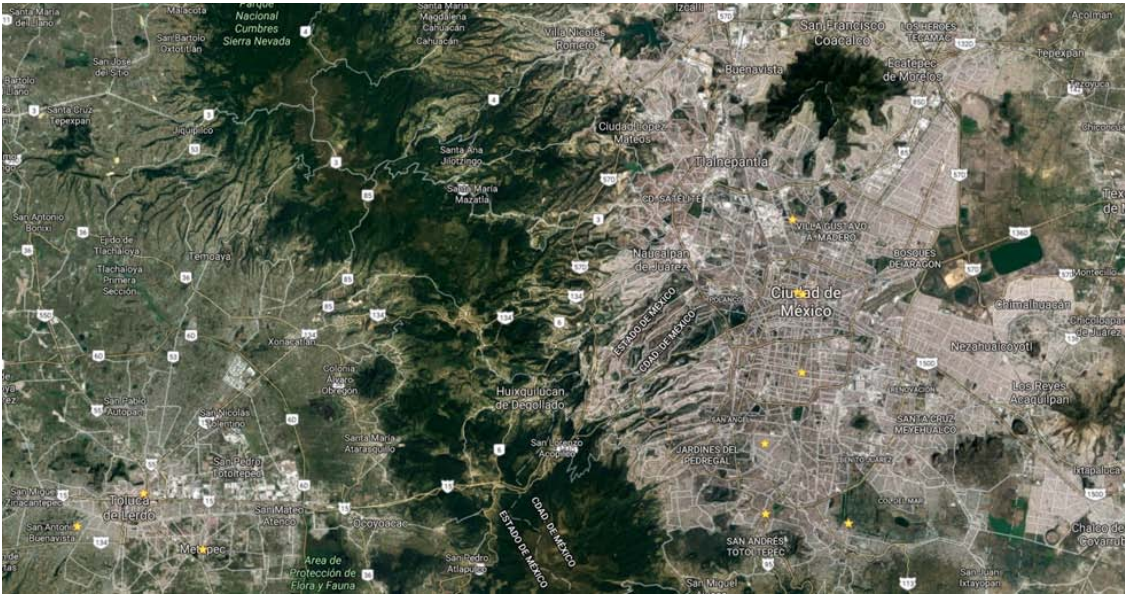
Preguntas concretas

Cuanto litros de agua consumen por semana?
 Refresco (tipo?)
 leche
 jugo (tipo?)

Alguien en la familia practica un deporte?

Al final: ¿Puedo tomar una foto de tu refrigerador/cocina?

Apéndice 2: Mapa con la ubicación de mis informantes mexicanos



Apéndice 3: Mapa con la ubicación de mis informantes colombianos

