

## Autocuidado de diabetes: una mirada con perspectiva de género

**Laura Elena Trujillo Olivera\***  
**Austreberta Nazar Beutelspacher\*\***

*En Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, se realizó un estudio cualitativo encaminado a explorar con perspectiva de género las relaciones intergeneracionales en grupos domésticos y su influencia en el autocuidado de personas diabéticas. La información empírica provino de entrevistas en profundidad a algunos enfermos y a una persona cercana. En este caso se propone una categorización de autocuidado basada en lo que ellos manifiestan que hacen para controlar la enfermedad. Se documenta una importante desigualdad en la oportunidad y logros del autocuidado entre los hombres y las mujeres que padecen esta enfermedad. Se abordan las implicaciones de dependencia económica de las mujeres, el consumo de bebidas alcohólicas, la violencia doméstica, la división sexual del trabajo y las relaciones de apoyo para el logro del autocuidado.*

Palabras clave: diabetes, grupo doméstico, desigualdad de género, violencia, Chiapas.

Fecha de recepción: 9 de julio de 2010.

Fecha de aceptación: 11 de febrero de 2011.

### Diabetes Self-care from a Gender Perspective

*In Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, a qualitative study was carried out, using a gender perspective to examine inter-gender relations in domestic groups and their influence on diabetics' self-care. The empirical information was drawn from in-depth interviews with a number of patients and a person who was close to them. In this case, a self-care categorization is proposed based on what they say they do to control disease. The study revealed a significant inequality in the timeliness and achievements of self-care between the men and women suffering from this disease. The article explores the implications of women's economic dependence, the consumption of alcoholic beverages, domestic violence, the sexual division of labor and the network of support for achieving self-care.*

Key words: diabetes, domestic group, gender inequality, violence, Chiapas.

\* Docente investigadora de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Autónoma de Chiapas. Correo electrónico: <ltrujillo@ecosur.mx>.

\*\* Investigadora del Área Académica Sociedad, Cultura y Salud de El Colegio de la Frontera Sur. Correo electrónico: <anazar@ecosur.mx>.

## Introducción

Durante 2005 la diabetes mellitus (DM) tipo 2 causó 27.6% de todas las defunciones en México; además representó una de las principales causas de consulta externa y de hospitalización y consumió aproximadamente 20% del gasto en las instituciones públicas (SSA, 2007: 29). Se estima que esta enfermedad se ha incrementado, afectando particularmente a los países en vías de desarrollo. Para México se predice hacia 2030 una prevalencia ajustada de 13.3% en personas mayores de 20 años (Shaw, Sicree, Zimmet, 2010: 8), lo que representa un formidable reto para los servicios de salud.

El punto de partida del estudio es el reconocimiento del fracaso del sistema de salud mexicano, evidenciado por el escaso apego al tratamiento médico (SSA, 2007: 69); la investigación se orienta a la búsqueda de nuevas hipótesis ubicadas en la interacción humana dentro del ámbito doméstico. Actualmente el impacto del cambio social afecta a los grupos domésticos en general (Granda, 2006), pero en particular a los que viven en condiciones de pobreza, a cuyos problemas se agregan elementos conflictivos derivados de la enfermedad crónica de uno o más de sus integrantes adultos.

Se ha documentado que las mujeres buscan atención médica con mayor frecuencia que los hombres (Chant y Craske, 2007: 221). La diabetes afecta con pocas diferencias a ambos (SSA, 2007: 69), pero ellos no suelen demandar los servicios médicos con oportunidad. Se reconoce que la enfermedad *per se* reduce la esperanza de vida: los hombres mueren prematuramente en comparación con las mujeres. En México los datos oficiales muestran una reducción de las diferencias por sexo en las tasas estandarizadas<sup>1</sup> de mortalidad, que variaron de 79.9 a 89.9 en las mujeres y de 73.7 a 86.1 en los hombres entre 2001 y 2005 (SSA, 2007: 30). Los datos sugieren que el autocuidado es diferente porque en éste influyen aspectos individuales y de grupo que afectan sensiblemente el pronóstico de vida.

Es un instinto de toda especie animal el de preservar la vida; es un comportamiento presente en la especie humana el cuidado de sí mismo, y se manifiesta de acuerdo con la época histórica, la etapa del ciclo de vida, el género, la cultura y la circunstancia de salud o enfermedad, pues se trata de una construcción cultural. El cuidado de la salud in-

<sup>1</sup> La tasa es una medida epidemiológica de frecuencia de la enfermedad. Una tasa estandarizada elimina el efecto que puede tener la edad sobre el evento que se describe. Las tasas corresponden a defunciones debidas a DM por cada 100 000 habitantes.

dividual está implícito en la higiene personal, entre otros comportamientos racionales; es distinto entre las personas que viven con una enfermedad crónica, pues esto las lleva a adoptar nuevas formas de vida propicias para el control del padecimiento, en la lógica del sistema de salud. El autocuidado se entiende como el conjunto de conductas que adoptan las personas de manera voluntaria y reflexiva, individualmente o con acompañamiento, como producto de la comprensión de la propia enfermedad, con el fin de contribuir a controlarla y, en última instancia, a procurarse el propio bienestar (Collière, 1993: 385). En el discurso oficial de promoción de la salud, el autocuidado consiste en responsabilizarse del control de la enfermedad y actuar en consecuencia asumiendo decisiones saludables a partir de aptitudes personales (OMS, 1986).

En este trabajo se exploran las relaciones intergenéricas e intergeneracionales en grupos domésticos de mujeres y hombres que viven con diabetes mellitus, dado que su conocimiento podría contribuir a la comprensión del autocuidado; como hilo conductor se utiliza la perspectiva de género.

### **Género y autocuidado de la salud**

El *género* es una categoría analítica –relacional– que hace referencia al conjunto de creencias culturales y suposiciones socialmente construidas acerca del *deber ser* de hombres y mujeres, usados para justificar la desigualdad (Castro y Casique, 2006: 123). El género es una división de los sexos socialmente impuesta (Rubin, 1986: 58) que implica el ejercicio del poder y el conflicto por el acceso o control de los recursos disponibles; los roles e identidades de género, así como la autonomía y la libertad de movimiento para ejecutar acciones indispensables del autocuidado, podrían explicar la desigualdad en este aspecto. Las desigualdades de género en salud se entienden como diferencias innecesarias, evitables e injustas entre hombres y mujeres (Rohlf's *et al.*, 2000: 61). En este trabajo analizaremos algunos elementos del entorno social con la intención de explicar tales diferencias y examinar su efecto sobre el bienestar de mujeres y hombres que padecen diabetes.

Borrell y Artazcoz, autoras españolas, observan que son escasos los trabajos que abordan las repercusiones de las desigualdades de género en la salud de mujeres y hombres (2008: 248). En México son pocos los estudios sobre diabetes mellitus que utilizan la perspectiva de gé-

nero (Cerón *et al.*, 2006: 337). Con este antecedente, y sin profundizar en el análisis, se han reconocido dificultades socioculturales para mantener el tratamiento médico de la diabetes (Arganis, 2005: 14). También se han documentado diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento del riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, según género, y en la necesidad de poner en marcha programas de prevención con enfoque de género (Gómez *et al.*, 2004: 502).

En el ámbito sanitario Holmström y Rosenqvist (2005: 153) reportan que muchas personas diabéticas declaran que el personal de salud obstaculiza el autocuidado y el aprendizaje inherente, pues los modelos de atención no están centrados en la persona enferma. Menéndez (1994: 73) documenta que la influencia del personal sanitario es determinante en la manera en que los enfermos asimilan el diagnóstico y asumen las indicaciones médicas como parte inevitable de su vida cotidiana. Por lo general el personal sanitario, y el médico en particular, tiende a culpar al paciente de su evolución clínica (Pamplona, 2006: 270). Esta conducta la han documentado autores que consideran al género uno de los factores fundamentales que guían las prácticas profesionales del personal de salud (McKinlay, 1996: 14); observan que reproduce las relaciones de poder, legitima las desigualdades y contribuye a reconstruir las masculinidades<sup>2</sup> y las desigualdades en salud (Courtenay, 2000: 1395). Adicionalmente, al mezclarse los tratamientos médicos con las prácticas populares alternativas y las creencias propias de las personas diabéticas se trastoca el resultado esperado en el bienestar de la persona.

El espacio doméstico –ámbito privilegiado para el autocuidado– ha sido poco explorado; pese a que ahí se toman decisiones individuales relevantes acerca del tratamiento de las enfermedades crónicas y se adoptan comportamientos consecuentes, no se sabe bien qué ocurre en el interior de los grupos domésticos.<sup>3</sup> Información relativamente reciente muestra que la conformación y la dinámica de los grupos

<sup>2</sup> El concepto “masculinidades” trata de capturar el *deber ser* de los hombres en la dinámica complejidad y heterogeneidad conferidas por la etnia y la posición social y la preferencia sexual, entre otras variables (Courtenay, 2000: 1388).

<sup>3</sup> El grupo doméstico es la organización social que cumple con la doble función de producción y consumo; inicialmente se describió en contextos campesinos en los que el grupo se dedicaba a la agricultura y a otras actividades primarias. Tal concepto ha adquirido un sentido más general al aplicarse a las poblaciones urbanas (Lagarde, 2003: 368). Los referentes principales del grupo doméstico son la coresidencia, con o sin lazos de parentesco y compartiendo actividades productivas, lo que implica la emergencia de conflictos por el acceso a los recursos. Se asume una amplia heterogeneidad en su estructura y en su organización.

domésticos están en proceso de cambio, vinculadas a la sostenida crisis económica mexicana y a transformaciones socioculturales asociadas al mercado laboral, a la escolaridad y a un proceso de emigración creciente, entre otros aspectos importantes que modifican los arreglos domésticos y también las relaciones intergenéricas e intergeneracionales al alterar el pacto intergeneracional de apoyo y la capacidad de negociación de hombres y mujeres (Salles y Tuirán, 1998: 89-90; Arriagada, 2002: 150). Se han observado cambios en las prácticas de alimentación y en el ejercicio físico, componentes centrales del autocuidado de las personas que viven con diabetes mellitus.

El contexto económico de la población chiapaneca, históricamente pobre para las mayorías, hace más complejo el comportamiento epidemiológico frente a la diabetes, pues el autocuidado de los enfermos depende de las capacidades económicas y humanas de los integrantes de su grupo doméstico.

El autocuidado es el pilar donde reposa la estrategia sanitaria para el control de la diabetes en los adultos. Aunque existen otras definiciones, en este trabajo se entiende que el autocuidado de la diabetes es un proceso individual, activo, flexible y responsable de atender la propia salud, acciones que los enfermos realizan en su propia casa (Toljamo y Hentinen, 2001: 781) como respuesta a las indicaciones médicas, en vez de seguir exclusivamente las reglas prescritas, en cuyo ejercicio pueden o no participar más personas.

El autocuidado incluye tareas que se realizan en distintos momentos de la vida cotidiana: observación y significación de malestares o síntomas, seguimiento y ajuste de las indicaciones médicas, búsqueda de información, ajuste en la alimentación y actividad física, todas las cuales muestran capacidad de agencia y autoeficacia (Souza y Zauszniewski, 2005: 64), y además elementos emocionales propicios para el control del padecimiento (Sigurðardóttir, 2005: 303).

Souza y Zauszniewski (2005: 63) desarrollaron un modelo de explicación del manejo de la diabetes fundamentado en el autocuidado, que incorpora una serie de factores influyentes ubicados en dos rubros: personal y ambiental. En el primero se incluyen los conocimientos sobre la enfermedad, la capacidad de agencia y la percepción de autoeficacia, y en el ambiental únicamente el apoyo social que se otorga a las personas enfermas.

La agencia se refiere a la capacidad individual de llevar a cabo acciones organizadas de acuerdo con ciertos resultados que se espera obtener; en tanto que la autoeficacia incluye capacidades cognitivas y

sociales, además de habilidades para llevar a cabo acciones que permitirían lograr el control de la enfermedad.

Conforme al modelo de Souza y Zauszniewski el apoyo social interviene tangencialmente; sin embargo tanto la agencia como la autoeficacia son variables individuales que dependen de la configuración psicológica de las personas y del dinámico microambiente doméstico en el que interactúan con otros integrantes del grupo familiar, en el que es posible suponer conflictos y barreras que se oponen al apoyo idealmente supuesto por estos autores.

En este trabajo consideramos relevantes algunos elementos del escenario doméstico, en particular su composición y las interacciones en su interior, perfiladas por las relaciones de género, que asumimos como condicionantes de las decisiones y acciones individuales en la vida del grupo y con ello de las desigualdades de género en el autocuidado. Se propone explorar con una perspectiva de género el fenómeno del autocuidado de quienes viven con diabetes en el espacio doméstico, bajo el supuesto de que las relaciones intergenéricas e intergeneracionales, moduladas por los elementos culturales y económicos, le confieren ciertas particularidades.

### **Metodología de la investigación**

El estudio se realizó en tres colonias populares de Tuxtla Gutiérrez donde los factores de riesgo de las enfermedades crónicas son más frecuentes en los estratos socioeconómicos bajos (OPS, 1997: 421). El proyecto fue financiado por el Sistema Institucional de Investigación de la Universidad Autónoma de Chiapas; en la recolección de la información únicamente participó una de las autoras.

La información empírica se obtuvo mediante entrevistas en profundidad, herramienta de la metodología cualitativa que resulta útil en la reconstrucción de la realidad por ser una vía de acceso a ciertos aspectos de la subjetividad humana que dan cuenta de los motivos y orientaciones psicosociales que inciden en el comportamiento social de los individuos (Vela, 2004: 74). Se identificó a los participantes a partir de los resultados de un estudio previo (Nazar, 2005);<sup>4</sup> tras dar seguimiento a las personas incluidas en el listado, se obtuvo información

<sup>4</sup> Enfermedades Crónicas en Chiapas: Epidemiología, Barreras Sociales y Necesidades de Atención en Población Adulta. Proyecto en ejecución, financiado por fondos mixtos de Conacyt y el Gobierno del Estado de Chiapas.

únicamente de quienes no padecían complicaciones agudas y por ello no estaban hospitalizadas, y que aceptaron ser entrevistadas.

Los encuentros se llevaron a cabo, previa cita, en el domicilio del participante; se observó en las mujeres la necesidad de hablar de sus dificultades para seguir el tratamiento; mencionaron sus limitaciones económicas y de tiempo y la percepción de ser dignas de merecer atención. Para cada entrevista se requirieron en promedio tres encuentros, cada uno con algo más de una hora de duración.

El trabajo incluye 39 entrevistas en profundidad, 23 de las cuales corresponden a 16 mujeres y 7 hombres diagnosticados como diabéticos. De manera complementaria, en 16 casos se entrevistó a un miembro significativo del grupo doméstico (pareja, hija o nuera) para integrar la información y en todo caso comparar o complementar los discursos de los informantes y obtener un panorama de las relaciones que se desarrollan dentro del grupo doméstico; en siete casos no se logró entrevistar a un familiar de mujeres enfermas. Paralelamente se tomaron notas de campo con la descripción de la condición material de vida de los participantes y algunos elementos de la interacción que se observó entre los integrantes del grupo doméstico durante los encuentros.

Durante el primer encuentro se explicó al participante el objetivo del trabajo y se le solicitó su aprobación para grabar la conversación, que fue transcrita textualmente. La clave para asegurar la confidencialidad de las personas fue alfanumérica: se usó un número consecutivo, seguido del sexo (H para hombres y M para mujeres); la edad en años; el estado civil, y la colonia de residencia.

Las categorías de análisis para el autocuidado se identificaron en las transcripciones textuales; es decir, los cuatro aspectos fueron mencionados por los participantes como respuesta a ¿qué hace para cuidarse?, ¿cómo se cuida por tener diabetes?; asimismo refirieron otras acciones no incluidas en este documento. Con dicha información se elaboró una propuesta ajustada a las tareas individuales que pueden realizarse en casa (Toljamo y Hentinen, 2001: 780; Sigurðardóttir, 2005: 302) y que comprenden cuatro aspectos críticos para el control de la diabetes: *i*) conocimiento sobre la enfermedad, *ii*) alimentación, *iii*) medicación y *iv*) actividad física. Cada aspecto aporta puntos en un recorrido de ausente (-) a presente (+++) (véase el cuadro 1) formando un gradiente divisible en cuatro segmentos iguales, que conforman cuatro categorías: *ausente* (1 a 3 puntos); *débil* (4 a 6 puntos); *flexible* (7 a 9 puntos) y *rígido* (10 a 12 puntos).

Aun reconociendo la existencia de muchos otros aspectos, como la automedicación y el uso de remedios naturistas y alternativos, la decisión de considerar estos cuatro se tomó tras el análisis de la información empírica. Esta categorización pretende ser un punto de encuentro entre la prescripción médica para la diabetes y la concreción de prácticas populares de autocuidado doméstico.

De acuerdo con la literatura, la mejor categoría para el autocuidado es la *flexible*, pues el control del azúcar en la sangre depende de múltiples factores externos, cuyo reconocimiento permite ajustar la alimentación y los medicamentos. La forma *rígida* de autocuidado presenta el problema de que resulta insostenible por largos periodos y dificulta el control metabólico, por lo cual se considera no deseable desde el punto de vista clínico. Por ello la calificación que se otorga a cada categoría no es equivalente al valor en puntos que tiene para el autocuidado, sino que constituye solamente una guía para la clasificación de los enfermos y las enfermas. Esta clasificación ofrece la posibilidad de identificar en el interior de cada categoría los aspectos del autocuidado que cada enfermo prioriza, así como aquellos que no le parecen importantes.

La información se analiza utilizando la perspectiva de género como hilo conductor para reconocer y comprender las razones por las cuales hombres y mujeres con DM siguen cierta trayectoria de autocuidado en el espacio doméstico, enfatizando las relaciones intergeneréricas e intergeneracionales.

### **Sobre los participantes en el estudio**

Se considera participantes clave a las personas enfermas; se destaca la información de 7 hombres y 16 mujeres. Entre los hombres la edad promedio es de 58.4 años (desviación estándar  $\pm 9.1$ ). Exceptuando a un viudo que convive con su única hija, los demás viven en pareja y su posición es de jefatura. Todos desempeñan una actividad productiva no calificada; sólo uno de ellos tiene empleo estable y acceso a la seguridad social. Su escolaridad promedio es de primaria incompleta; sólo uno de ellos concluyó la secundaria. Cinco participantes son católicos, dos más y sus grupos domésticos son testigos de Jehová.

La edad promedio de las mujeres es de 49.6 años (desviación estándar  $\pm 11.8$ ). Cuatro de ellas son jefas de hogar, dos por viudez y dos por abandono de la pareja. En 6 de 16 casos las participantes del estu-

## CUADRO 1

### Criterios elementales de autocuidado de diabetes

Aspectos	-	+	++	+++
Conoce DM	Tiene ideas populares sobre el origen y la evolución de la enfermedad.	Identifica las complicaciones, sabe cuándo tiene alto el nivel de azúcar en la sangre; lo ha incorporado irregularmente a su vida diaria.	Tiene información sobre cuidado de la alimentación, reconoce altibajos en los niveles de azúcar en la sangre. Usa regularmente esta información en su vida diaria.	Reconoce síntomas, complicaciones, cuidados que debe atender. Ha buscado información activamente en distintas fuentes, la aplica a su vida diaria.
Alimentación	Sin cambios.	Incorporó mayor cantidad y tipo de vegetales y frutas a su alimentación, continúa con sus hábitos de consumir alcohol y alimentos no recomendados.	Consumo más frutas y vegetales, evita alimentos no recomendados pero consume eventualmente bebidas alcohólicas y gasificadas. Toma pozol blanco.	Cuida la calidad y cantidad de alimentos consumidos y evita bebidas alcohólicas y gasificadas.
Medicación	Sigue tratamiento alternativo, naturalista, espiritista o tradicional.	Acepta que el medicamento le beneficia, lo toma irregularmente pues lo suspende cuando mejoran los síntomas.	Toma medicamentos regularmente, modifica a voluntad la dosis, independiente de la sintomatología.	Toma medicamentos y reconoce cuándo ajustar la dosis, conforme a su percepción de estar normal en los niveles de azúcar en la sangre.
Actividad física	Sin cambios; no evita el sedentarismo.	Realiza escasa actividad aeróbica, lo habitual, de manera irregular durante la semana.	Realiza actividad aeróbica adicional a sus quehaceres diarios, pero de forma irregular.	Realiza actividad física aeróbica de manera regular durante toda la semana, además de sus quehaceres; reconoce beneficios.

FUENTE: Elaboración propia con base en información empírica obtenida por entrevistas.

dio se desempeñan exclusivamente como amas de casa, las restantes tienen una o más actividades remuneradas en el comercio informal y en el trabajo por cuenta propia; sólo una tiene empleo formal en la docencia de nivel medio superior (bachillerato). Únicamente tres mujeres reciben atención médica por seguridad social, dos de las cuales fueron afiliadas por otro integrante del grupo doméstico. Entre las mujeres hay tres, de alrededor de 60 años de edad, que no saben leer ni escribir; dos que concluyeron la formación secundaria y una que obtuvo un título universitario. El resto cursó algún grado de educación básica. Excepto la esposa de un pastor de la Iglesia del Nazareno, las mujeres son católicas.

Los informantes provienen de tres colonias populares de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, y están ubicados dentro de un gradiente socioeconómico al que se ha reconocido con base en las características materiales de la vivienda, incluidas la propiedad del inmueble y la actividad productiva predominante de quien más ingresos aporta, por periodicidad del ingreso o por cantidad.<sup>5</sup> Pertenecen a tres estratos: bajo-bajo (n=9), medio-bajo (n=9) y medio-alto (n=5). En síntesis, la información proviene de población urbana que se encuentra en situación de pobreza; ésta ha sido reconocida como una de las condiciones que determinan la calidad del control de diabetes mellitus (Ruiz *et al.*, 2006: 22).

### **Autocuidado de la diabetes: la visión de conjunto**

Cuatro de los siete hombres entrevistados se ubican en la categoría de autocuidado *débil* (57.1%) debido principalmente a irregularidad en la medicación (cuadro 2); dos están en la categoría *flexible* (28.6%) y uno en la de autocuidado *rígido* (14.3%). Aunque ellos tienen mayor conocimiento sobre la diabetes que las mujeres, así como un mejor ajuste en su alimentación, las decisiones que toman en los demás aspectos resultan por lo general en comportamientos no apropiados o irregulares para el control de la enfermedad.

Seis de las 16 mujeres (37.5%) reportaron condiciones que las ubican en la categoría de autocuidado *ausente*, cinco (31.2%) en *débil*, dos reportan acciones de autocuidado *flexible* (12.5%) y tres se ubican en la

<sup>5</sup> Por la ocupación productiva individual, en ocasiones el ingreso sólo se recibe dos veces por año, como en el caso de los agricultores; otras veces el ingreso es mínimo pero constante, como en el de los vendedores ambulantes de frituras y golosinas.

categoría *rígido* (18.75%) (cuadro 2). La actividad física y la alimentación son los aspectos más críticos en el autocuidado de las mujeres.

Esta información lleva a pensar que el autocuidado en casa es más fácil o más factible para los hombres que para las mujeres, aun reconociendo que el estudio incluyó a pocos varones y el promedio de evolución de la diabetes por sexo es similar (promedio 9.5 años). Es probable que esta mayor posibilidad de autocuidado para los hombres se encuentre vinculada a circunstancias favorables como su posición,<sup>6</sup> su autonomía y su mayor acceso a los recursos monetarios y no monetarios dentro del grupo doméstico, independientemente de la composición de éste.

### **Relaciones intergenéricas e intergeneracionales y autocuidado de los hombres diabéticos**

En las ciudades pequeñas las personas permanecen durante buena parte del tiempo en su casa; en el espacio doméstico hay apoyos y obstáculos para que los enfermos de diabetes ejerzan el autocuidado. En el cuadro 3 se sintetizan las condiciones en que viven los hombres diabéticos dentro del grupo doméstico.

Prácticamente todos estos hombres viven en familias nucleares en fase de reemplazo.<sup>7</sup> En seis casos conviven con la esposa o compañera de vida, de quien reciben atención. Cuando están enfermos la posición dentro del grupo, la convivencia en pareja y el control sobre los recursos favorecen el autocuidado. La propiedad de bienes inmuebles, bien sea la vivienda o tierras productivas, funciona como recurso para obtener

<sup>6</sup> Al referirse a la radicalización democrática, Chantal Mouffe asegura que las características de la desigualdad por clase social, etnia y género son múltiples; acuña el término *posiciones del sujeto* para referirse a que en un mismo individuo las identidades son diversas y dependen de las estructuras sociales en que se encuentra inmerso. Estas *posiciones del sujeto* operan como puntos de referencia en la acción –limitándola o promoviendo–, lo que podría explicar la ausencia de coherencia en las acciones analizadas (López, 2000: 266-267). En el caso del grupo doméstico la posición de una persona implica jerarquía y relación de poder o subordinación respecto a otra u otro: suegro-nuera o yerno; madre-hija o hijo; abuela-nieto o nieta, por mencionar algunas.

<sup>7</sup> “La fase de expansión [...] comienza con el matrimonio de dos personas hasta que completan su familia de procreación [...] corresponde al periodo durante el cual los hijos son económica, afectiva y jurídicamente dependientes de los padres. La fase de dispersión o fisión, comienza con el matrimonio del hijo/a mayor y concluye cuando se casa el último hijo/a. Finalmente está la fase de reemplazo que termina con la muerte de los padres y la sustitución, en la estructura social de estas familias, por las familias de sus hijos” (Fortes, 1971: 4-5).

**CUADRO 2**  
**Categorías de autocuidado de diabetes en hombres y mujeres**

<i>Edad</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Años*</i>	<i>Conoce DM</i>	<i>Alimentación</i>	<i>Medicación</i>	<i>Act. física</i>	<i>Puntuación</i>	<i>Categoría</i>
Hombres	48 Albañil	Sabe leer	14	++	+	-	++	5	Débil
48	Taxista	Primaria inc.	9	++	+	+	-	4	Débil
59	Peón	Sabe leer	4	++	+	+	++	6	Débil
66	Jubilado	Primaria inc.	15	++	++	++	-	5	Débil
55	Carpintero	Primaria	6	++	++	++	+++	9	Flexible
60	Comerciante	Secundaria	16	++	++	++	++	8	Flexible
73	Comerciante	Primaria	2	+++	+++	+++	++	11	Rígido
Mujeres	41 Ama de casa	Primaria inc.	5	+	+	+	-	3	Ausente
42	Carnicera	Primaria inc.	3	+	+	-	-	2	Ausente
43	Comerciante	Primaria inc.	3	+	+	+	-	3	Ausente
52	Ama de casa	Primaria	20	+	+	+	-	3	Ausente
52	Cocinera	No sabe leer	14	+	+	+	-	3	Ausente
52	Carnicera	Primaria inc.	4	-	-	-	++	2	Ausente
37	Ama de casa	Secundaria	4	++	+	++	+	6	Débil
55	Comerciante	Primaria	15	+	++	++	+	5	Débil
61	Costurera	No sabe leer	5	+	+	++	+	5	Débil
66	Ama de casa	No sabe leer	25	++	+	+	-	4	Débil
76	Comerciante	Primaria inc.	22	+	++	+	++	6	Débil
37	Comerciante	Primaria inc.	12	+++	++	+++	+	9	Flexible
38	Profesora	Licenciatura	10	+++	++	+++	+	9	Flexible
35	Ama de casa	Téc. en Enfermería	5	+++	+++	+++	+	10	Rígido
47	Empleada doméstica	Primaria inc.	3	+++	+++	+++	+++	12	Rígido
59	Ama de casa	Secundaria	3	+++	+++	+++	+	10	Rígido

\* Años de vivir con diabetes.

FUENTE: Elaboración propia con base en entrevistas.

CUADRO 3

**Características de los grupos domésticos y relaciones de apoyo u obstáculos para el autocuidado de hombres diabéticos**

<i>Edad</i>	<i>Vida en pareja</i>	<i>Tipo de GD</i>	<i>Fase del desarrollo</i>	<i> Jefatura femenina</i>	<i> Mayor aporte</i>	<i>Seguridad social</i>	<i>Propiedad de la vivienda</i>	<i>Apoyos para el autocuidado</i>	<i>Obstáculos para el autocuidado</i>	<i>Categoría de autocuidado</i>
48	Sí	Nuclear	Reemplazo	-	Padre	-	Sí	Esposa	Negación de la enfermedad	Débil
48	Sí	Nuclear	Dispersión	-	Madre	-	Sí	Esposa	Trabajo y horarios	Débil
55	Sí	Nuclear	Dispersión	-	Padre	-	Sí	Esposa	Ninguno	Flexible
59	Sí	Nuclear	Reemplazo	-	Padre	ISSSTE	Sí	Esposa	Rechazo a las indicaciones	Débil
60	Sí	Nuclear	Reemplazo	-	Padre	-	Sí	Esposa	Ninguno	Flexible
66	No	Atípica*	Reemplazo	Sí	Padre	-	-	Hija, de mala gana	Relaciones conflictivas	Débil
73	Sí	Nuclear	Reemplazo	-	Padre	-	-	Esposa, hijos, hermanos	Económicos	Rígido

\* Dos a tres adultos emparentados consanguíneos en primer grado, de acuerdo con Arriagada, 2002.

FUENTE: Elaboración propia con base en entrevistas.

apoyo. Un caso excepcional fue el de un viudo que manifestó ser víctima de la violencia psicológica de su hija, quien lo alimentaba, cuidaba su medicación y lo acompañaba al servicio de salud sin expresiones afectivas favorables para el autocuidado. En todos los casos los hombres dependen de las mujeres para el cuidado de la alimentación en casa.

La propiedad de la vivienda se observa proporcionalmente con mayor frecuencia entre los varones, que la adquirieron por herencia; en otros casos las mujeres participaron económicamente en la adquisición pero los títulos de propiedad quedaron a nombre de los varones, y eventualmente, por ausencia temporal del hombre, al del primogénito o al de la hija mayor.

### **Conocimiento sobre la enfermedad y ajustes en la alimentación, los medicamentos y el ejercicio físico en hombres**

Proporcionalmente más hombres que mujeres buscaron activamente información sobre diabetes, ya que salvo una excepción, tienen conocimientos básicos acerca de la enfermedad, las complicaciones que ocasiona y las normas del autocuidado que deberían seguir (cuadro 2). Sus fuentes de información son hombres con mayor escolaridad o médicos; la tarea de conseguir información también se delega en la pareja.

Ese mayor conocimiento de los varones no se traduce en mejor autocuidado, pues suelen negar la enfermedad y rechazar los ajustes en los patrones de alimentación. Mantienen la relación de poder con la pareja, que atiende las exigencias del esposo aun cuando las atenciones prodigadas no contribuyen al control de la enfermedad.

[...] a él no le gusta que trabaje; porque me dice que cuando viene de trabajar, aunque sea su vaso de agua, de refresco, de pozol.<sup>8</sup> Porque eso sí, su vasote de pozol no le ha de faltar. Se lo dejo hecho en el refri. Ya cuando viene se lo toma y se tira a dormir hasta que vengo yo y hago la comida [...] A él le gusta ser servido. A a mí no me da nada; si no se quiere servir lo de él, menos que me sirva algo a mí [Mayra, esposa de 3H48CT-21, 22].

<sup>8</sup> El pozol es una bebida tradicional de la región; se elabora con masa de maíz nixtamalizado y agua, mezclado con la mano. Las variedades son el pozol blanco, al que se añade azúcar; el pozol que se toma con sal y chile, y el pozol de cacao, al que también se le agrega azúcar. Habitualmente se consume una vez, a mediodía, servido en una jicara.

De los siete entrevistados, tres negaron inicialmente el diagnóstico, pero más tarde responsabilizaron a otros integrantes del grupo doméstico de las consecuencias (cuadro 3). Algunos no sólo no aceptan cambiar su alimentación sino que continúan consumiendo bebidas alcohólicas de manera regular en cantidades suficientes para llegar a la embriaguez; presentan datos de aumento del azúcar en la sangre agregados a la condición de la resaca del día siguiente con incremento de los daños colaterales. En ocasiones consideran ocioso mejorar su alimentación, presumen de consumir lo adecuado a su gusto y necesidades. Los hombres que rechazan el diagnóstico se muestran reacios a tomar medicamentos, o lo hacen en dosis inferiores a las prescritas con el argumento de saber lo que les conviene; mantienen hábitos de consumo que debieran suspender.

[...] mareado y me daba mucho sueño y ya nada más llegaba y sólo a dormir. Por más que descansaba yo, no me sentía mejor. Tenía mucho, mucho sueño y la doctora me había dicho que tomara yo tres pastillas al día y el capricho que yo hago yo es que sólo tomaba yo dos antes; ahora ya sólo una en la mañana [3H48CT-3].

Aunque otros hombres no aceptan abiertamente que están enfermos, asumen comportamientos menos riesgosos (proteger sus pies, reducir las bebidas alcohólicas), en particular cuando su posición dentro del grupo doméstico es más equitativa. La aceptación de la enfermedad y de las indicaciones médicas es forzada por la percepción de los daños.

[...] pero como vi que se me fregó la vista, orita ya entiendo que debo de tomar mis pastillas... que me estoy nivelando, ya estoy más tranquilo [...] El médico me dijo que yo tome dos pastillas, una por la mañana y otra por la noche; que cuando me sienta mejor le baje, que yo le baje y así lo estoy llevando, como me dijo el médico... “Juan —me dice—, ayer *tomó* usted [se embriagó]”. Él se da cuenta; me está diciendo la verdad [9H59CSJT-4].

La actividad física regular en los hombres enfermos se asoció en tres casos a las labores productivas que conllevan ejercicio aeróbico considerable, y en dos más a decisiones intencionadas (caminata, trote y montar bicicleta) para beneficiar su condición física. En hombres con autocuidado *débil* la actividad física es prácticamente nula, particularmente entre aquellos cuyo trabajo es sedentario; por el contrario,

en el autocuidado *rígido* un jubilado de 73 años de edad hace caminatas extenuantes, asociadas a sus actividades de catequesis.

La participación en grupos de ayuda mutua, como Alcohólicos Anónimos (AA) es un elemento favorable para el autocuidado de los hombres, en tanto apoyan la abstinencia en el consumo de alcohol, pero tiene un efecto potencialmente dañino porque se sustituye el alcohol por alimentos y bebidas gasificadas, altas en azúcares. La participación en grupos religiosos, particularmente en los no católicos, también es benéfica para el autocuidado ya que se promueven la actividad física y la moderación en el consumo de alimentos.

### **Relaciones intergenéricas e intergeneracionales y autocuidado en mujeres diabéticas**

A diferencia de los hombres diabéticos, la mitad de las enfermas vive en grupos domésticos de tipo extenso, y convive con hijas e hijos (unidos o no) y nietos de diferentes edades (cuadro 4). Generalmente los hijos varones unidos instalan su residencia en la casa materna, lo cual en algunos casos acarrea una mayor carga emocional y económica para las mujeres. Los problemas económicos se agravan con las deudas de los hijos y obligan a las mujeres a desempeñar arduas jornadas laborales, descuidando su bienestar.

[...] con eso de que mi hijo... pobre... tuvo un choque, le chocaron la combi [vehículo de transporte colectivo que conduce en calidad de asalariado]. Le salió caro, por eso es que volví a trabajar; si no, no hubiera vuelto [...] Si no estaba yo trabajando. Ya ahora que pasó ese caso le dije a mi hijo: "Para ayudar a tu papá me voy a poner a trabajar, hasta que salgas del compromiso". Me dijo: "Ahí usted vea mami" [2M52CT-5].

La convivencia con la tercera generación complica la cotidianidad de las enfermas, dependiendo de la edad, el sexo y el número de los nietos, lo que resulta en un efecto ambivalente. Mientras los nietos en edad escolar imprimen alegría a su vida, los adolescentes las colman de preocupaciones; las variaciones del estado anímico alteran el metabolismo de los azúcares por efecto de las descargas hormonales asociadas (Arroyo *et al.*, 2004: 129). A las nietas adolescentes se les percibe como ayuda porque colaboran en distintas tareas y apoyan a sus abuelas en actividades productivas. Así, las mujeres más jóvenes son socializadas en su rol de género, siempre dentro del ámbito doméstico,

formando vínculos más estrechos, pues el *deber ser* de las mujeres incluye la promoción de la esfera afectiva y el *cuidado de otros*, aspecto que se traduce en relaciones de reciprocidad, ya que las nietas reciben apoyo económico de las abuelas a cambio de su colaboración en las tareas domésticas y en el cuidado de su salud.

Las mujeres jóvenes que viven en grupos nucleares reciben apoyo de sus esposos e incluso de sus hijos, generalmente menores de 15 años; sus mayores obstáculos son sus propios hábitos de consumo y de recreación, lo que implica comer y beber (bebidas gasificadas y alcohólicas) de manera poco saludable.

Las mujeres mayores de 40 años que forman parte de grupos extensos reciben el apoyo de sus hijas o nueras, que contribuyen económicamente al sostenimiento del grupo; los obstáculos para su autocuidado son de orden emocional así como de poca disponibilidad de tiempo y recursos; entre ellas el cuidado es *ausente o débil*.

En cuatro grupos domésticos la mujer es jefa de su hogar, bien por la disolución voluntaria unilateral del vínculo conyugal o por viudez. Una de ellas relata que tras cinco años de unión en la que no concibió hijos, el marido la abandonó, cuando ya se sabía diabética. El efecto negativo del abandono por infertilidad es muy fuerte y perdura en el tiempo; ella no lo supera y vive en condiciones emocionales desfavorables para el control del padecimiento; quien es infértil carece de valor ante la mirada propia, la de la familia, del cónyuge y de la sociedad (Lagarde, 2003: 395-396). La depresión y una autoestima negativa constituyen barreras para un autocuidado efectivo.

Además de las dificultades económicas y emocionales, el no ser propietarias de la vivienda que habitan incrementa la vulnerabilidad de las mujeres, debido a que la *posición de retirada*<sup>9</sup> es frágil (Agarwal, 1999: 17) y la negociación es desfavorable.

### **Conocimiento sobre la enfermedad y ajustes en la alimentación, los medicamentos y el ejercicio físico en mujeres**

Sólo cinco de las 14 mujeres diabéticas entrevistadas tienen conocimientos aceptables sobre su enfermedad. Los hijos en edad escolar motivan el autocuidado e influyen favorablemente sobre el bienestar;

<sup>9</sup> La *posición de retirada* hace referencia al conjunto de elementos materiales y simbólicos con que cuentan y que les permite estar en condiciones de negociar el uso de los recursos disponibles, en este caso para el autocuidado.

CUADRO 4

**Características de los grupos domésticos y relaciones de apoyo u obstáculos para el autocuidado de mujeres diabéticas**

Edad	Vida en pareja	Tipo de GD	Fase del desarrollo	Jefatura femenina	Mayor ingreso	Seguridad social	Propiedad de la vivienda	Apoyos para el autocuidado	Obstáculos para el autocuidado	Categoría de autocuidado
35	Sí	Nuclear	Expansión	-	Padre	-	-	Padres y hermanos	Infidelidad del esposo	Rígido
37	No	Nuclear	Expansión	Sí	Padre	ISSSTE	-	Esposo e hijo	Fiestas, antojos	Débil
37	Sí	Extensa	Dispersión	-	Madre	-	-	Hermanas y hermanos	Consumo alcohol; emocionales	Flexible
38	Sí	Nuclear	Expansión	-	Padre	-	-	Esposo	Forma de vida: esposa de pastor	Flexible
41	Sí	Aúptica*	Reemplazo	-	Padre	-	Sí	Ninguno	Depresión, resentimiento	Ausente
42	No	Nuclear	Dispersión	-	Madre	-	-	Ninguno, esposo e hijos indiferentes	Económicos; depresión, indiferencia	Ausente
43	Sí	Extensa	Reemplazo	Sí	Madre	-	Sí	Nuera	Consumo alcohol; emocionales	Ausente
47	Sí	Extensa	Reemplazo	-	Madre	-	-	Hijas	Violencia física; económicos	Rígido
52	Sí	Nuclear	Reemplazo	-	Hija mayor	IMSS	-	Hijas	Fiestas, antojos, emocionales	Ausente
52	Sí	Extensa	Reemplazo	-	Madre	-	-	Sobrina	Violencia econ.; consumo alcohol, económicos	Ausente

52	Sí	Extensa	Reemplazo	-	Madre	-	Nueras	Violencia fís. y psic; consumo alcohol; emocionales	Ausente
55	Sí	Nuclear	Reemplazo	-	Padre	-	Hijas y hermanas de religión	Violencia psic.; emocionales, económicos	Débil
59	Sí	Extensa	Reemplazo	-	Padre	Sí	Esposo e hijos y nuera	Ninguno	Rígido
61	No	Extensa	Reemplazo	Sí	Madre	ISSTECH**	Ninguno, sus hijos son indiferentes	Emocionales, indiferencia de hijos	Débil
66	Sí	Extensa	Reemplazo	-	Padre	-	Sólo una de varias hijas	Violencia psic. y econ.; depresión; agresividad y rechazo del marido	Débil
76	No	Extensa	Reemplazo	Sí	Padre	Sí	Nieta, hijos, nueras	Fiestas, antojos	Débil

\* Dos a tres adultos emparentados consanguíneos en primer grado.

\*\* Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado de Chiapas.

FUENTE: Elaboración propia con base en entrevistas.

ellos suelen apoyar a las mujeres en la búsqueda de información en Internet, donde se habla del esmero en el cuidado de los pies, que excepcionalmente mencionan dos mujeres. Los saberes sobre diabetes no parecen estar relacionados con el número de años de padecimiento de la enfermedad.

Por el contrario, una de cada tres mujeres no tiene información precisa sobre los malestares y su significado; lo que dicen saber está limitado a los datos más subjetivos (mareo, visión borrosa, dolor de cabeza), que asocian claramente con los momentos en que transgredieron la dieta o en que la situación doméstica fue particularmente conflictiva.

En general las mujeres son menos cuidadosas con su alimentación. Esto se debe, entre otros factores, a las dificultades que implica en tiempo y costo la preparación de platillos diferentes, ya que los demás integrantes del grupo doméstico no aceptan cambios en la dieta familiar, de modo que el único ajuste que suelen hacer es reducir la cantidad que ingieren de los alimentos menos saludables, aunque lo practican irregularmente. Para estas mujeres la comida es fuente de satisfacción, por ello, aunque sepan que tiene consecuencias desfavorables, no se sustraen a su efecto: consumen diariamente refrescos gasificados y bebidas tradicionales de maíz (pozol).

Las mujeres sin control del padecimiento (autocuidado *débil* o *ausente*) tienen en común que son víctimas de conflictos emocionales, violencia de género o algún grado de alcoholismo. Las que beben cerveza enfrentan una situación más compleja, pues sus efectos adversos se agregan a los problemas emocionales y a la violencia de género. Muchas empezaron a consumir cerveza para permanecer con su pareja en relaciones no carentes de violencia.

[...] pos va usted a ver, era cada sábado [la golpeaba] desde que me casé con mi marido, bueno... desde que me junté. Nos tomábamos unas cervecitas; él quedaba tirado, pero yo al otro día ya estaba yo trabajando: lavando, planchando... yo aguantaba más que él [2M52CT-13].

El descuido también puede explicarse por la posición que ocupa la mujer en la estructura doméstica y la manera en que los demás la perciben, ya que aunque ella sea el sostén económico del grupo, se observa que es objeto de una suerte de indiferencia y una consecuente falta de apoyo de los hijos; la situación se agrava si proviene de alguna etnia y cuenta con nula escolaridad.

[...] cuando el papá estaba enfermo sí corrían y venían muy seguido [los hijos] pero ya conmigo no... como lo miran que ahí ando [baja la cabeza, triste]. Hace como un año me sentía muy mal. Me fui a tomar un té con unas hierbas que me dijeron, pero me sentí de al tiro muy mal. Mareada, como borracha... Estuve así como una semana y me fui al [Hospital] Militar, agarrándome de la pared [3M61VBS-4, 5].

Las mujeres con autocuidado *débil* o *ausente* sufren violencia o desmotivación, y sus patrones de conducta son tradicionales en el sentido de *ser para otros*, todo asociado a una autoestima negativa. Aunque generen ingresos propios, prefieren utilizarlos para solventar las necesidades de los demás, relegando su propia atención.

[...] yo me siento que sí me caen bien las pastillas, porque cuando a veces no las he comprado, siento que eso necesito tener más. Agarro mis pastillas y ya, y me siento bien [...] así, pero veo cosas que... No sé qué es que piensa esa mi muchachita... pero veo que cuando no tienen, yo soy la que debo [dinero], me preocupo, yo trabajo para ayudarlos a mis nietos, pa' que no les falte de comer [6M43SSJT-9].

La falta de apoyo de sus hijos e hijas contribuye a generar en ellas un estado de desesperanza y desmotivación para cuidarse. Entre éstas, solamente las diabéticas mayores de 50 años reciben el apoyo de otras mujeres de su grupo doméstico (hijas, hermanas, nietas, sobrinas, nueras), aunque en distinto grado. Nuevamente lo emocional es clave para que las mujeres diabéticas cuiden de sí mismas.

Entre las mujeres con autocuidado *flexible* o *rígido* se advierten circunstancias distintas que posiblemente resultan de una posición más equitativa en la relación de pareja, mediada por alguna religión o por la influencia indirecta de grupos sociales como Alcohólicos Anónimos. En este caso se percibe mayor capacidad de agencia, apoyo de los integrantes masculinos del grupo doméstico y una actitud proactiva frente al padecimiento, probablemente por ser las más jóvenes entre las participantes, con mayor escolaridad y con hijos menores de 15 años.

En algunos casos, las mujeres debieron superar etapas de violencia física, lo cual adquiere formas diferentes acordes a la edad de la víctima:

[...] cuando él trabajaba en la seguridad pública [...] llegó a golpearme con la cacha [de pistola] en la cabeza... durísimo... cuando es uno joven hace uno cosas que ya no haría en esta época. Claro que me defendía,

pero no son lo mismo mis pobres fuerzas [ella mide 1.55 metros] a las de un hombre. Llevaba yo las de perder [3M47CSJT].

La escolaridad de las mujeres resulta fundamental en la medicación. Tres de las más jóvenes se administran insulina de ambos tipos (de acción rápida e intermedia); dos de ellas lo hacen de manera ordenada y sistemática, cuidando la dosificación. Se trata de aquellas cuya escolaridad les permite comprender claramente los mecanismos de acción de la hormona sintética y logran discernir los ajustes que deben hacer al tratamiento. La tercera mujer cuenta con ingresos propios pero es menos ordenada en su medicación, consume cantidades regulares de cerveza y en ocasiones manipula a los integrantes de su grupo doméstico valiéndose de la dosis que debe aplicarse para llamar la atención ante la infidelidad de su pareja y la indiferencia de sus hijos adolescentes.

No, pues como no me había pasado eso [la infidelidad] antes yo vivía feliz, tranquila, pero desde hace como seis meses así: que ya no quería vivir, hasta llegué a un grado, así, sin tomar [cerveza], en juicio, de quererme poner 60 [unidades] de insulina, pero mi hija lo vio. Mi hija me preguntó: “¿qué vas a hacer?”. “¿Para qué [vivir]? —le dije—. Tu papá... mira lo que me hace” [7M37CT-11].

En este caso se conjugan los problemas de índole afectiva y económica; la mujer que ofrece su testimonio en el párrafo anterior trabaja doble jornada mientras su pareja dedica su tiempo, afecto y recursos a otra persona.

Las exigencias del trabajo remunerado y el hecho de que *preferan* mantenerse dentro del domicilio hacen infrecuente entre las mujeres la actividad física de tipo aeróbica, como la caminata. No obstante, lejos de ser sedentarias, la mayor parte de las mujeres realiza un trabajo extenuante durante su actividad productiva, sin asociarlo al cuidado de sí mismas. La actividad física intencionada ocurre entre las mujeres con mejor condición económica, pareja no violenta y grupo doméstico colaborativo. Suelen caminar al menos 30 minutos durante cuatro días a la semana, cerca de lo recomendado, lo que sugiere mayor capacidad de agencia. No obstante, tales circunstancias son poco frecuentes.

La mayoría de las mujeres recibe poco o ningún apoyo de sus parejas, a las que se unieron impulsivamente, y con frecuencia refiere eventos de violencia. La infidelidad resulta prácticamente constante,

así como la estrechez económica, que se agrava con la enfermedad y provoca intensificación de la violencia contra las enfermas que son económicamente dependientes.

[...] yo no puedo hacer nada. Algunas veces, al despertar, si ella no se mueve la toco, y si está tibia o se mueve quiere decir que todavía vive [sonríe burlón] [18H55CSJT, pareja de 4M55CSJT].

[...] qué más le hago... orita me dice: "Cómo no te morís maldita, condenada" [llora] [5M66CSJT-15].

Algunos autores (Juárez, 2005: 30; Gasman *et al.*, 2006: 182) refieren que la violencia de género está asociada con la autoestima negativa de las víctimas, lo que deriva en autocuidado *débil*; las mujeres experimentan altibajos en su bienestar físico y no únicamente emocional, vinculados a la naturaleza cíclica de la violencia: "Ya es una enferma. Ya no sirve una para nada, para nada" [4M55CSJT].

Los testimonios coinciden en que la violencia comenzó desde el principio de la unión y ha afectado tanto a las mujeres como a sus hijos e hijas. El fenómeno suele acentuarse con la aparición de la enfermedad y tiende a disminuir con el paso de los años, debido probablemente a la declinación de la vitalidad del agresor y a las alianzas que establecen las mujeres con sus hijas y nueras en la dinámica familiar. Las relaciones entre la suegra y la nuera, generalmente conflictivas, se entienden en este estudio como un arma de doble filo. Las alianzas entre mujeres de distinta posición en el grupo doméstico no siempre contribuyen al autocuidado, ya que en algunos casos la simpatía de la suegra se conserva mediante la complicidad de la nuera para organizar festejos y reuniones en que se consume alcohol a discreción, lo que en no pocas ocasiones termina en trifulca y contribuye a la descompensación metabólica de la enferma. En algunas ocasiones existe apoyo mutuo en casos de violencia, y en otras la nuera contribuye significativamente en el trabajo productivo, del cual recibe una parte de las ganancias que obtiene la suegra: "No, así como me *corrés*, no me voy. Aquí en mi casa mis nueras hacen lo que yo digo, mis nueras no me corren, no me insultan. Aquí en mi casa nadie me corre. ¡No me voy y ya!" [7M52CSJT-9].

Los testimonios dan cuenta del conjunto de dificultades que enfrentan en sus grupos domésticos las personas que viven con diabetes mellitus y que condicionan su bienestar, pues obstaculizan el autocuidado.

## Discusión

El principal hallazgo de esta investigación muestra que en el interior de los grupos domésticos los hombres están en mejores condiciones que las mujeres para llevar a cabo el autocuidado de la salud gracias a su posición de autoridad, a su control de los recursos económicos, a que cuentan con mayor libertad para relacionarse con hombres de mayor escolaridad que les proporcionan información, y a que tienen a su lado a una mujer, esposa o hija, que les otorga atenciones, especialmente en lo que se refiere a la alimentación; sin embargo tales ventajas no se traducen en un mejor control de la diabetes. Durante el año 2000 se reportó una escasa diferencia en la prevalencia de diabetes entre la población de México, que se calculó en 7.2 por cada cien hombres y 7.8 por cada cien mujeres mayores de 20 años (Olaiç *et al.*, 2007: S335).

La composición por sexo del grupo de participantes en este estudio (2.2 mujeres por cada hombre) evidencia que los hombres se niegan a hablar de sí mismos y de su salud. Sólo participaron varones de más de 40 años, en cambio las mujeres eran 10 años más jóvenes, lo que sugiere que ellos se demoran más en buscar atención médica (Olaiç, 2007: S334). El temor al diagnóstico puede explicar esta demora, ya que la enfermedad es una seria amenaza para su vida y función, particularmente dentro del grupo doméstico, pues la salud y el autocuidado no forma parte del rol central en la construcción de la masculinidad (De Keijzer, 2001: 140) y el envejecimiento y la enfermedad se viven en aislamiento (Peralta, 2008).

Courtenay (2000: 1389) afirma que los hombres soportan más presión social que las mujeres para encarnar el estereotipo dominante de género, y que sus comportamientos son más arriesgados en diferentes momentos y circunstancias de la vida. El rehusar la atención médica y no ocuparse de su cuidado se entiende como respuesta a estas presiones; el seguir las indicaciones médicas los coloca en posición desventajosa frente a otros hombres, incluyendo al personal de salud, que contribuye a reforzar la noción de que los hombres son *naturalmente* más saludables (Courtenay, 2000: 1395). El aceptar la condición de enfermo implica modificar las formas habituales de interacción doméstica; su posición se debilita y la autoridad se desvanece ante el grupo, donde se percibe a la pareja como competidora en la provisión de la familia, que es su principal referente genérico (Montesinos, 2002: 44). La modificación de los roles de género de los varones diabéticos

de mayor edad, especialmente en lo que se refiere al trabajo remunerado extradoméstico, y con ello la pérdida de poder en el grupo doméstico, suele ocasionar depresión y abandono o suspensión del tratamiento (Nazar y Salvatierra, 2010: 75).

El reposicionamiento de los hombres en el grupo doméstico es generador de tensión, temor a lo desconocido, sensación de vulnerabilidad, y esto probablemente los impulsa a saber más acerca del padecimiento. En la información que obtienen encuentran elementos intolerables (ceguera, amputación y dependencia) que anticipan un desenlace fatal expedito, una suerte de sentencia mortal. Probablemente por eso tiendan a rebelarse ante las indicaciones médicas, rechazándolas o bien modificando la prescripción del medicamento sin basarse en la percepción de mejoría, sino en la insistencia por controlar la situación, objetivo que no logran.

No obstante se encontraron hombres y mujeres en las distintas categorías de autocuidado, lo cual evidencia una heterogeneidad de respuestas a la enfermedad, condicionadas por elementos de la interacción de los integrantes del grupo doméstico y por las particularidades de éstos. Como advierten Trief *et al.* (2004: 153), el apoyo emocional que recibe el enfermo de su pareja, al acompañarlo en su tratamiento, compartir su ejercicio y plan de alimentación influyen favorablemente en la percepción de autoeficacia; por el contrario, cuando el diabético adopta actitudes desfavorables aparecen sentimientos de ira y frustración en la pareja, además de temor por el pronóstico. La enfermedad tiene un impacto negativo en las relaciones de pareja, particularmente en las conflictivas, lo que a su vez resulta en serias dificultades para realizar el autocuidado tanto en hombres como en mujeres.

Si bien ellos tienen la oportunidad de ingerir una alimentación adecuada gracias a la atención que les otorgan las mujeres en el hogar, en muchos casos la desaprovechan al consumir licores o bebidas ricas en azúcares, como el pozol y las gaseosas. Para las mujeres la modificación de su alimentación les significa una mayor inversión de tiempo y dinero ante la resistencia del resto de los integrantes del grupo doméstico, a quienes el cambio les resulta desagradable. También obstaculizan el autocuidado la falta de recursos económicos o el control sobre los mismos para cocinar un platillo especial para ellas. Todas consumen eventual o regularmente bebidas gasificadas, lo que no contribuye al control de la enfermedad. Una dieta adecuada reduce los factores de riesgo para desarrollar diabetes y favorece el control del azúcar en la sangre, incluso con mejores efectos que los medicamentos hipogluc-

miantes (Sartorelli *et al.*, 2006: 16). Nuestra investigación también ha documentado que algunas mujeres consumen bebidas alcohólicas; manifiestan que en su juventud bebían más que actualmente, pues sus condiciones físicas asociadas a la enfermedad, al descuido y a las relaciones intrafamiliares conflictivas ya no se los permite.

Parece haber un patrón en la manera en que se regulariza la medicación conforme aumenta la edad de las mujeres, especialmente si disminuye la violencia doméstica y aumenta el apoyo que les otorgan sus hijas y nueras.

Los hombres reciben la ayuda de sus esposas, y las mujeres reciben apoyo de otras mujeres de su grupo pero no de sus esposos, como afirman Robles y Mercado (1993: 322-323). Sin embargo es relevante que los maridos constituyan la principal fuente de estrés y conflicto emocional para las enfermas, pues ven reducidas las atenciones que ellas les brindan (alimentación, cuidado de la ropa, limpieza de la casa, entre otras) y perciben a la mujer enferma como una carga que no están dispuestos a soportar.

Para ellas el hogar es el espacio que representa mayor riesgo de violencia, entendida como “todo acto basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (Artículo 1 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Naciones Unidas, 1999, citado en Castro y Casique, 2006: 123-124). En el caso de las diabéticas, se ha documentado un incremento de la violencia contra las mujeres una vez que son diagnosticadas (Nazar y Salvatierra, 2010: 89), lo que empeora el autocuidado, entre otras razones por la alteración metabólica que provoca en las víctimas la crisis emocional. Las enfermas que viven unidas son violentadas por sus parejas en seis de cada diez casos, agresión que se asocia al alcoholismo de la pareja, así como a los componentes del estereotipo tradicional del *ser hombre* en México: demostrar su valentía, beber en exceso, ser potentes sexualmente y engendrar muchos hijos (Gilmore, 1994: 27), pero también, y en relación directa con la enfermedad, al abandono de las actividades laborales o domésticas por las mujeres en proporciones de 32 y 52%, respectivamente (Nazar y Salvatierra, 2010: 80).

De esto se infiere que uno de los obstáculos más importantes para el autocuidado de las mujeres que viven con diabetes es la violencia de la pareja, la cual se relaciona con el hecho mismo de ser diagnosticadas

y con los cambios en sus actividades laborales y domésticas, cuyas consecuencias se acentúan por su dependencia económica.

Es indudable que la capacidad de agencia, independientemente del sexo, es un requisito para aplicarse a la tarea de cuidar de sí mismo, pero en condiciones de desigualdad, de violencia de género y de dependencia económica, las dificultades se incrementan considerablemente. Si las relaciones de pareja se sostuvieran en un contexto más igualitario, se favorecería la percepción de autoeficacia y autonomía en las enfermas crónicas.

### **Consideraciones finales**

En esta primera década del milenio se redujo la edad de aparición clínica de diabetes; los enfermos son cada vez más jóvenes, lo que tiene muchas implicaciones en el curso de vida clínico, sanitario y económico. México se ubica en el décimo lugar mundial entre los países con mayor número de personas con diabetes y se prevé que en el año 2030 pasará a ocupar el séptimo lugar (Shaw, Sicree y Zimmet, 2010: 10).

Si bien no conviene generalizar, los resultados de este trabajo evidencian que es necesario considerar la perspectiva de género en la investigación en salud para planear las acciones que desde los ámbitos sanitario y extrasanitario contribuyan a disminuir las complicaciones y la muerte prematura ocasionadas por enfermedades como la diabetes, cuya magnitud alarmante –en una población que tiende a envejecer– es uno de los grandes problemas sociales, económicos y de salud que debe enfrentar la población mexicana.

Ante este escenario, la Organización Mundial de la Salud impulsa iniciativas como CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No Transmisibles), en una red regional dedicada a la vigilancia y la prevención de las enfermedades crónicas. Una parte de esta estrategia es promover recomendaciones para reducir los factores de riesgo más relevantes; en particular el control de obesidad y el sobrepeso, el consumo de alcohol y tabaco, el sedentarismo y las dietas no saludables (Choi *et al.*, 2005: 132). Cada país aplica las recomendaciones conforme a sus circunstancias y recursos.

En México la Secretaría de Salud ha impulsado desde el año 2009 el programa “Cinco Pasos por la Salud”, para reducir la prevalencia del sobrepeso y la obesidad; se trata de acciones de índole individual

y en las cuales los servicios médicos tienen mínima participación. En Chiapas estas acciones se desdibujan entre el exceso de publicidad nociva, asunto en el que tampoco se observa participación regulatoria del Sector Salud merced a la política neoliberal imperante.

Cada día se conoce más sobre la diabetes, principalmente sobre sus características bioquímicas y moleculares. Se suele priorizar el factor biológico y se desestiman los aspectos socioculturales; sin embargo la patología va en aumento en todos los grupos sociales. Las escasas acciones del Sector Salud no toman en consideración aspectos arraigados en la cultura, como los mencionados en este texto. Consideramos que es conveniente ampliar el espectro de intervenciones orientadas a mejorar el control de la diabetes: es indispensable mirar hacia el espacio doméstico y no únicamente circunscribirse en los servicios médicos para explicar el fracaso en el control de la diabetes en la población mexicana.

Siguiendo la noción de empoderamiento colectivo de Hill (2003: 123), en la medida en que todos, hombres y mujeres, compartamos ideas renovadas sobre convivencia cotidiana y soluciones a problemas ancestrales, seremos capaces de instituir nuevas formas de interacción doméstica que contribuyan a que el autocuidado de las enfermas y los enfermos crónicos en casa sea más efectivo, y consecuentemente la calidad de vida sea más favorable para unos y otras. Lo anterior debe acompañarse de equidad de género en la escolaridad y en las condiciones económicas, y especialmente de la no violencia.

## **Bibliografía**

- Agarwal, Bina (1999), "Negociación y relaciones de poder dentro y fuera de la unidad doméstica", *Historia Agraria*, núm. 17, pp. 3-58.
- Arganis, Nora (2005), "La autoatención en un grupo de ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa, DF", *Cuicuilco*, núm. 12, pp. 11-25 <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=35103302>> (13 de diciembre de 2006).
- Arriagada, Irma (2002), "Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas", *Revista de la CEPAL*, núm. 77, pp. 143-161.
- Arroyo, Cassandra *et al.* (2004), "Depressive Symptoms and Risk of Type 2 Diabetes in Women", *Diabetes Care*, núm. 27, pp. 129-133.
- Borrell, Carmen y Lucía Artazcoz (2008), "Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro", *Revista Española de Salud Pública*, núm. 82, pp. 245-249.

- Castro, Roberto e Irene Casique (2006), "Violencia de pareja contra mujeres en México: en busca de datos consistentes", *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*, México, Secretaría de Salud, pp. 123-166.
- Cerón, Prudencia *et al.* (2006), "Aplicación de la perspectiva de género en artículos publicados en cuatro revistas nacionales de salud, México, 2000-2003", *Salud Pública de México*, núm. 48, pp. 332-340.
- Collière, Marie-Françoise (1993), *Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a la práctica de la enfermería*, Madrid, Interamericana / McGraw-Hill.
- Courtenay, Will (2000), "Constructions of Masculinity and their Influence on Men's Well-Being: a Theory of Gender and Health", *Social Science and Medicine*, núm. 50, pp. 1385-1401.
- Chant, Sylvia y Nikki Craske (2007), *Género en Latinoamérica*, México, Publicaciones de la Casa Chata / CIESAS.
- Choi, Bernard *et al.* (2005), "Enhancing Regional Capacity in Chronic Disease Surveillance in the Americas", *Pan American Journal of Public Health*, vol. 17, núm. 2, pp. 130-144.
- De Keijzer, Benno (2001), "Hasta donde el cuerpo aguante", en Carlos Cáceres *et al.* (comps.), *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*, Lima, Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, pp. 137-152 <<http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx/paginas/reporteBenodekeijzer.htm>> (27 de noviembre de 2006).
- Fortes, Meyer (1971), "Introduction", en Jack Goody (coord.), *The Developmental Cycle of Domestic Groups, The Developmental Cycle of Domestic Groups*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 1-13.
- Gasman, Nadine, Laura Villa, Claudia Moreno y Deborah Billings (2006), "Violencia sexual en México", *Informe Nacional sobre Salud y Violencia*, México, Secretaría de Salud, pp. 167-204.
- Granda, Edmundo (2006), "Globalización de los riesgos de la salud", *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, núm. 24, pp. 111-128.
- Gilmore, David (1994), "El rompecabezas de la masculinidad", *Hacerse hombre. Concepciones culturales de la masculinidad*, Barcelona, Paidós, pp. 15-39.
- Gómez, Luis, Diego Lucumí, Sandra Girón y Gladys Espinosa (2004), "Conglomeración de factores de riesgo de comportamiento asociados a enfermedades crónicas en adultos jóvenes de dos localidades de Bogotá, Colombia: importancia de las diferencias de género", *Revista Española de Salud Pública*, núm. 78, pp. 493-504.
- Hill, Marianne (2003), "Development as Empowerment", *Feminist Economics*, vol. 9, núm. 2-3, pp. 117-135.
- Holmström, Inger y Urban Rosenqvist (2005), "Misunderstandings about Illness and Treatment among Patients with Type 2 Diabetes", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 49, núm. 2, pp. 146-154.
- Juárez, Clara (2005), "Ya no quisiera ni ser yo: la experiencia de la violencia doméstica en un grupo de mujeres y varones provenientes de zonas rura-

- les y urbanas en México”, tesis de doctorado en Antropología, Tarragona, Universitat Rovira i Virgili.
- Lagarde, Marcela (2003), “Las madresposas”, *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México, PUEG-UNAM, pp. 363-460.
- López Rosas, M. (2000), “Consolidación democrática”, en L. Baca Olamendi *et al.* (comps.), *Léxico de la política*, México, UNAM / Fondo de Cultura Económica / Flacso, pp. 266-267.
- McKinlay, John (1996), “Some Contributions from the Social System to Gender Inequalities on Heart Disease”, *Journal of Health and Social Behavior*, núm. 37, pp. 1-26.
- Menéndez, Eduardo (1994), “La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina herbolaria?”, *Alteridades*, vol. 4, núm. 7, pp. 71-83.
- Montesinos, Rafael (2002), “La masculinidad ante una nueva era”, *El Cotidiano*, vol. 16, núm. 113, pp. 37-46.
- Nazar, Austreberta (2005), “Enfermedades crónicas en Chiapas: epidemiología, barreras sociales y necesidades de atención en población adulta”, proyecto en ejecución, Chiapas, Conacyt / Gobierno del Estado de Chiapas.
- Nazar, Austreberta y Benito Salvatierra (2010), “Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género”, *Papeles de Población*, vol. 16, núm. 64, pp. 67-92.
- Olaiz, Gustavo, Rosalba Rojas, Carlos Aguilar, Juan Rauda y Salvador Villalpando (2007), “Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000”, *Salud Pública de México*, vol. 49, supl. 3, pp. S331-S337.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1986), “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud”, Ottawa, 21 de noviembre.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1997), “La actividad de la OPS en el campo de las enfermedades no transmisibles”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 2, núm. 6, pp. 420-427.
- Pamplona, Francisco (2006), “Violencia institucional”, *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*, México, Secretaría de Salud, pp. 241-292.
- Peralta, Antonio (2008), *Los hombres mueren en silencio*, México, Aljibe.
- Robles, Leticia y Francisco Mercado (1993), “El apoyo familiar y el cumplimiento del tratamiento médico en individuos con diabetes mellitus no insulino dependiente”, en Francisco Mercado (coord.), *Familia, salud y sociedad*, México, UdeG / INSP / CIESAS / El Colegio de Sonora, pp. 310-343.
- Rohlfs, Izabella, Carmen Borrell y M. do C. Fonseca (2000), “Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos”, *Gaceta Sanitaria*, supl. 3, núm. 14, pp. 60-71.
- Rubin, Gayle (1986), “El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo”, en Marta Lamas (comp.), *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*, México, PUEG-UNAM / Porrúa, pp. 35-96.

- Ruiz, Miguel, Antonio Escolar, Eduardo Mayoral, Florentino Corral e Isabel Fernández (2006), "La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades", *Gaceta Sanitaria*, núm. 20, supl. 1, pp. 15-24
- Salles, Vania y Rodolfo Tuirán (1998), "Cambios demográficos y socioculturales: familias contemporáneas en México", en Beatriz Schmuckler (coord.), *Familias y relaciones de género en transformación*, México, The Population Council / Edamex, pp. 83-126.
- Sartorelli, Daniela, Laércio Franco y Marly Cardoso (2006), "Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo dois: uma revisão sistemática", *Cadernos Saúde Pública*, vol. 22, núm. 1, pp. 7-18.
- Shaw, J.E., R.A. Sicree y P.Z. Zimmet (2010), "Global Estimates of the Prevalence of Diabetes for 2010 and 2030", *Research and Clinical Practice*, vol. 87, núm. 1, pp. 4-14 <<http://blogimages.bloggen.be/diabetescheck/attach/35622.pdf>>.
- Sigurdardóttir, Árún (2005), "Self-Care in Diabetes: Model of Factors Affecting Self-Care", *Journal of Clinical Nursing*, núm. 14, pp. 301-314.
- Sousa, Valmi y Jaclene Zauszniewski (2005), "Toward a Theory of Diabetes Self-Care Management", *The Journal of Theory Construction and Testing*, vol. 9, núm. 2, pp. 61-67.
- SSA (Secretaría de Salud) (2007), *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, México, Secretaría de Salud <<http://www.ssa.gob.mx>> (11 de febrero de 2008).
- Toljamo, Maisa y Maija Hentinen (2001), "Adherence to Self-Care and Glycaemic Control among People with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 34, núm. 6, pp. 780-786.
- Trief, Paula, Robert Ploutz, Kirsten Dee Britton y Ruth Weinstock (2004), "The Relationship between Marital Quality and Adherence to the Diabetes Care Regimen", *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 27, núm. 3, pp. 148-154.
- Vela, Fortino (2004), "Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa", en María Luisa Tarrés (coord.), *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, México, Flasco / El Colegio de México, pp. 63-95.

### **Acerca de las autoras**

**Laura Elena Trujillo Olivera** es médica cirujana por la Universidad Autónoma de Chiapas, UNACH (1984); maestra en Salud Pública por el Instituto Nacional de Salud Pública (1991); maestra en Docencia en Ciencias de la Salud por la UNACH (2000); doctora en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable –énfasis en Salud y Población– por El Colegio de la Frontera Sur (2008) e integrante del Sistema Estatal de Investigación (2006-2010).

Sus áreas de interés son salud, género y educación en salud, temas sobre los que ha publicado artículos científicos, capítulos de libros y coeditado textos.

Actualmente es coordinadora de Investigación y Posgrado de la Facultad de Medicina Humana de la UNACH; es docente en la licenciatura de Medicina, coordina la especialidad de Epidemiología y es integrante del núcleo pedagógico básico del doctorado en Ciencias para la Salud, UNACH.

**Austreberta Nazar Beutelspacher** es médica cirujana (Universidad Autónoma de Chiapas); maestra en Medicina Social (UAM-X); especialista en Epidemiología Aplicada (SSA-CDC); doctora en Estudios del Desarrollo Rural (Colegio de Posgraduados), e Investigadora Nacional, nivel II. Recibió el reconocimiento al Mérito Estatal de Investigación 2007 (Chiapas).

Desde 2007 es directora del área académica Sociedad, Cultura y Salud de El Colegio de la Frontera Sur (Unidad San Cristóbal). Sus áreas de interés son género, salud, calidad de vida y políticas de población, temas sobre los que ha publicado diversos capítulos de libros y artículos en revistas especializadas.

Entre sus publicaciones más recientes se encuentran: “Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. Una aproximación desde la perspectiva de género”, en coautoría con B. Salvatierra-Izaba, *Papeles de Población*, vol. 16, núm. 64, 2010; y “Género y agua. Estrategias para alcanzar la sustentabilidad con equidad”, en coautoría con E. Zapata Martelo y V. Ramírez Castel, en B. Jiménez, M.L. Torregrosa y A. Aboites (coords.), *El agua en México: cauces y encanques*, Academia Mexicana de Ciencias, 2010.