

Grupos domésticos pobres, diabetes y género: renovarse o morir

Laura Elena TRUJILLO OLIVERA,
Austreberta NAZAR BEUTELSPACHER,
Emma ZAPATA MARTELO y Erin I. J. ESTRADA LUGO

*Universidad Autónoma de Chiapas/Universidad de Texas/
Universidad Nacional Autónoma de México*

Resumen

Con base en las categorías de análisis de género se propone una tipología de grupo doméstico. Se aplicó metodología cualitativa para explorar las formas en que las relaciones de género conforman interacciones generadoras de oportunidades desiguales para el autocuidado de diabetes mellitus entre mujeres y hombres. Se entrevistó en profundidad a 23 mujeres y hombres que padecen diabetes para acercarse a comprender la forma en que unas y otros, durante la cotidiana interacción doméstica, mediada por las relaciones de género, responden a fenómenos subyacentes como precariedad económica, violencia, contradicciones emocionales, entre otros, y cómo la conjugación de estos elementos condicionan el autocuidado de diabetes.

Palabras clave: desigualdad de género, organización familiar, salud, enfermedad, atención, violencia de género, Chiapas.

Abstract

Domestic group, diabetes and gender: renovating or dying

Based on the categories of gender analysis a typology of domestic group is proposed. Qualitative methodology was applied to explore the ways in which gender relations make interactions that generate uneven opportunities for diabetes mellitus self-care between men and women. 23 in-depth interviews were carried out with women and men who suffer diabetes in order to understand the way the former and the latter, in quotidian domestic interaction, mediated by gender relations, respond to subjacent phenomena such as economic precariousness, violence, emotional contradictions, among others, an how these elements' conjugation condition diabetes' self-care.

Key words: gender unevenness, familial organization, health, disease, attention, gender violence, Chiapas.

Introducción

Indudablemente, la diabetes mellitus es un serio problema de salud pública, tanto por la frecuencia como por la trascendencia del padecimiento y sus complicaciones, a lo cual se añade el creciente costo de su atención médica (SSA, 2000; Velázquez *et al.*, 2003; SSA, 2004; Wild *et al.*, 2004; Rull *et al.*, 2005; Oláiz *et al.*, 2006). En las últimas décadas del siglo XX, el cambio en los estilos de vida asociados a la urbanización en Latinoamérica ha contribuido en gran medida a generar factores de riesgo cuyo impacto se acumula para configurar un perfil epidemiológico dominado por enfermedades crónicas y degenerativas (Salgado y Wong, 2007; Wong *et al.*, 2007).

En México, los cambios epidemiológicos se asocian al envejecimiento de la población, ambos fenómenos se advierten en un contexto donde las políticas públicas, en particular las sanitarias, no garantizan la provisión de servicios a la población más vulnerable, empobrecida por la sostenida crisis económica de los últimos 25 años (Ortiz, 2006). A pesar del triunfalista discurso oficial en materia de salud (Knaul *et al.*, 2007; Gakidou *et al.*, 2007; Rivera y Shama, 2007), las observaciones empíricas y evaluaciones externas de la economía macroeconómica (Perry *et al.*, 2007) y su impacto sobre la economía doméstica, en particular los destinados a la atención de la enfermedad y cuidado de la salud, son motivo de preocupación (González de la Rocha, 2005).

La reforma del sector Salud, cuya expresión operativa es el Sistema Social de Protección en Salud (SSA, 2005; Leal, 2005), contiene un inventario restringido de intervenciones, en particular las dirigidas a las enfermedades crónicas. De manera que estos enfermos tienen limitados recursos institucionales de salud para enfrentar las necesidades derivadas de sus padecimientos y, en particular, de sus severas complicaciones. Una de las más importantes implicaciones de la reforma sanitaria en México es la transferencia de los costos de la atención a los enfermos y sus familiares, de manera que los recursos disponibles en el ámbito doméstico condicionan la evolución de las enfermedades, la atención y medios que cada persona pueda aplicar a su condición de enfermedad. Algunas autoras (Salgado y Wong, 2007; Wong *et al.*, 2007) afirman que los mayores de 50 años tienen como recurso predominante para la atención en salud los apoyos familiares, tanto en efectivo como en especie, para sobrellevar la carga de la enfermedad durante la vejez. Sin embargo, no es posible generalizar tal afirmación, toda vez que está ampliamente documentado el impacto de las desigualdades económica, étnica y de género en salud (Rofhs, 2000; Valls, 2000; Valls, 2007).

Por lo anterior, considerando las transformaciones sociales y los fenómenos de enfermedad crónica, este trabajo se propone analizar la manera en que el autocuidado de diabetes mellitus está condicionado por las formas de organización doméstica, teniendo como hilo conductor las relaciones de género, que finalmente producen oportunidades diferenciadas para mujeres y hombres.

Antecedentes

La familia ha sido, sin duda, la institución y organización social más estudiada, bajo distintas perspectivas disciplinarias y diferentes propósitos. Se ha abordado teniendo como eje el parentesco, las alianzas entre familias, las relaciones elementales y, más recientemente, la configuración familiar respecto a las relaciones de género (Chant y Craske, 2007; Robichaux, 2007). Sin embargo, las transformaciones de la organización familiar no habían sido tan ágiles como en los cincuenta años recientes. El ingreso de las mujeres al mercado laboral a partir

de la segunda mitad del siglo XX ha generado cambios en el ámbito económico, pero éstos han sido más drásticos en la microeconomía, en el espacio doméstico, ámbitos vinculados a la organización familiar.

Desde finales del siglo XIX, la reproducción fue el centro de la explicación de la dinámica de la familia en varios estudios, analizando las implicaciones económicas, simbólicas, genéticas, por sólo mencionar algunas. La familia ha transitado por distintos conceptos, dentro de los más destacables se encuentra la polémica unidad doméstica, hasta llegar a estructurarse la noción de grupos domésticos. La categoría central de análisis formulada para explicar el comportamiento de éstos en numerosos estudios ha sido el linaje, la formación de la pareja conyugal y crecimiento de los hijos, con su correspondiente dinámica reproductiva particular. Así, las fases del ciclo del desarrollo de los grupos domésticos se fundan sobre el proceso reproductivo. Otras autoras (Kabeer, 1998; Boserup, 1970) han mostrado, en contextos culturales africanos y asiáticos, cómo la reproducción está condicionada por la posición y estatus de las mujeres en la economía doméstica, en estrecha interrelación con la economía local.

Se ha superado la noción de que los grupos domésticos, en general, se organizan en torno a un pater familia benevolente, una agrupación carente de conflictos, dado el ejercicio del poder en la pareja y con los descendientes y dependientes (Sen, 1989). La evidencia ha demostrado que existen distintas formas de negociación para el acceso y utilización de los recursos (Agarwal, 1999), que tanto hombres como mujeres en el espacio doméstico detentan una posición particular, variable en tiempo y espacio, acorde con las redes sociales de apoyo en las que se sustenta cada individuo y grupo doméstico.

En América Latina, las organizaciones familiares están adoptando modalidades diferentes en su estructura y, de acuerdo con Chant y Craske (2006), lo único regular en todas estas formas es la intensa dinámica que estos grupos adoptan, en razón de fenómenos como la migración; inserción laboral creciente de mujeres y relativo desplazamiento de hombres, aunado a contracción salarial; modificación de los marcos legales y normativos en los países y regiones; efectos de la regulación de la fecundidad, por sólo mencionar algunos. De manera coincidente, Roudinesco (2006) señala, desde el punto de vista psicoanalítico, que toda esta vorágine de cambios en las organizaciones familiares tiene como única característica común la necesidad de reinvenCIÓN constante.

En México, diversos autores (Mier y Terán y Rabell, 1983; Oliveira *et al.*, 1989; García y Oliveira, 1994; Salles y Tuirán, 1998; Oliveira *et al.*, 1999; Robichaux, 2003; Robichaux, 2007) demuestran la dinámica y complejidad de la estructura en la organización familiar, las maneras en que ésta ha ido reconfigurándose por efecto de la economía nacional, migración, dinámica demográfica, entre otros aspectos. Sin embargo, no ha sido advertida la potencialidad explicativa de las relaciones de género vinculadas a la salud-enfermedad-atención en el ámbito doméstico.

Nuestra propuesta de tipología de grupos domésticos retoma las relaciones de género como eje analítico para entender las posibilidades que hombres y mujeres tienen para lograr un autocuidado exitoso en caso de enfermedad crónica. Con base en ello se proponen tres tipos de grupo doméstico (GD): patriarcal, mixto y distributivo. La tipología de estos grupos no tiene la noción evolutiva de la propuesta de Fortes (1971), más bien, los tipos de GD son entendidos aquí como formas de organización familiar percibidas a través de las relaciones de género en el espacio doméstico, las cuales pueden tomar diversas modalidades, tal como ha sido descrito por los autores mencionados.

Los aspectos que se incluyen en la construcción de esta tipología se refieren a las formas y normas de convivencia de sus integrantes, a situaciones económicas que devienen en dependencia de mujeres o varones, y en límites más o menos rígidos de interacción entre ciertos miembros del grupo y otros actores. Entendemos que la división de las categorías y sus indicadores en la tipología carecen de fronteras rígidas porque se mezclan o intercalan, tocándose mutuamente; resulta útil en la medida que permite acercarse a comprender cómo se producen las relaciones cotidianas y cómo participan en la generación de opciones de autocuidado entre aquéllos integrantes del GD crónicamente enfermos.

Esta tipología presupone la intervención de la dimensión temporal, ya que si bien se asume un inicio del grupo a partir de la unión de una pareja conyugal, el advenimiento de los hijos y su crecimiento están subsumidos en relaciones de género vividas en el espacio doméstico. La dimensión temporal modifica, de cierta manera, la forma en que se presentan las relaciones entre sus integrantes, pues la organización doméstica reconstruye nuevas formas de interacción mediadas por las relaciones de género, alimentadas desde la sociedad que enmarca la vida de los miembros del GD.

Las relaciones entre hombres y mujeres integrantes del GD se agrupan en dos grandes dimensiones: económica e interpersonal. En la dimensión económica se toman en cuenta tres aspectos: estructura de autoridad, propiedad de la vivienda y división sexual del trabajo. La autoridad patriarcal deviene de la función primordial del hombre como proveedor del GD, lo cual le confiere, desde la visión culturalmente aceptada, el derecho a decidir sobre la vida y circunstancias del resto de los integrantes, quienes quedan subordinados por dependencia económica. La organización de los GD puede presentar variaciones, consideramos que el ejercicio de autoridad puede darse rígidamente ligada a la violencia en cualesquiera de sus formas en los GD patriarcales, donde los integrantes subordinados han sido sometidos mediante el uso de la fuerza, de manera reiterada, a lo largo de la historia del grupo. En el extremo contrario, la autoridad es ejercida por ambos integrantes de la pareja, teniéndose en consideración mutuamente en la toma de decisiones que atañen a la vida familiar, evitando el uso de violencia.

La propiedad de la vivienda, que hace referencia al control de los recursos, adquiere relevancia en la medida en que provee seguridad a los integrantes del GD y, de acuerdo con la categoría del mismo, dependencia prácticamente total de los integrantes en distinta posición. En su condición de proveedor único, el hombre se convierte en único propietario de la vivienda, ya sea por compra, construcción o herencia, como característica de los grupos con tendencia patriarcal. Por el contrario, los GD del tipo distributivo se caracterizan por ser estructuras donde, no obstante las mujeres cuenten con pareja, alguna mujer, independientemente de su posición dentro de la organización familiar, aparece como propietaria de la vivienda.

La ausencia de trabajo femenino remunerado es una circunstancia favorable al sistema patriarcal, toda vez que esa condición permite que el poder económico se concentre en la figura del padre-proveedor; no obstante, el sólo hecho de existir trabajo femenino remunerado no es una garantía de independencia económica de las mujeres, ya que el matiz lo otorga, progresivamente, el control de éstas sobre sus propios ingresos. En los grupos domésticos con tendencia patriarcal es común que las mujeres permanezcan dedicadas al trabajo doméstico o tengan trabajo asalariado sin libertad de aplicar sus propios ingresos a solventar sus necesidades, ya que éstos pasan a formar parte de los recursos del hombre, quien decide su destino. Por el contrario, en los grupos domésticos con trabajo femenino remunerado y donde las mujeres deciden cómo aplicar sus recursos se considera orientado al tipo distributivo. Los GD mixtos se perciben como aquéllos donde existe trabajo femenino remunerado, así sea de tiempo parcial, o donde ellas aplican sus ingresos a rubros prefijados por la pareja.

La dimensión interpersonal agrupa las variables que otorgan atributos particulares a la interacción doméstica: presencia o no del varón en la relación conyugal, trabajo doméstico compartido, autonomía de las mujeres en la toma de decisiones y calidad de las redes sociales de apoyo.

La presencia del varón se percibe como una circunstancia que determina la posición de las mujeres. La ausencia física o afectiva del padre puede ser por viudez o por abandono. En muchos casos, el abandono se produce por disfunción de la pareja, relaciones conflictivas extremas, generadas por incapacidad de solventar las crisis afectivas o económicas. En realidad, los varones pueden estar físicamente presentes en momentos precisos para ejercer la autoridad y mantenerse afectivamente alejados de los demás integrantes del GD, como en el caso de aquéllos ubicados en la categoría patriarcal. En el extremo contrario, los hombres se involucran afectivamente de manera más estrecha con los integrantes del GD y, generalmente, la presencia física fundamenta la fortaleza de los vínculos entre ellos.

En los grupos domésticos donde las mujeres tienen trabajo remunerado fuera de casa pueden existir diferentes grados de involucramiento de los varones con

los quehaceres domésticos, el hecho de compartir de manera habitual las labores de casa, tanto en tipo de faena como en tiempo dedicado a éstas es un indicador de las relaciones de género en el ámbito doméstico. Este aspecto únicamente aplica en presencia física del padre. El involucramiento afectivo del padre en la crianza de los hijos es comprendido como un atributo propio de los grupos domésticos con orientación al tipo distributivo. En la propuesta que hacemos, al aplicar este criterio a los hombres crónicamente enfermos, la presencia de una mujer —prácticamente invariable— desempeñando las funciones tradicionales de madre-esposa, se considera complementaria al ejercicio de la autoridad patriarcal.

‘Autonomía femenina’ hace alusión a la libertad de las mujeres pertenecientes a la organización familiar para movilizarse en su contexto social, tomar decisiones trascendentales y emplear recursos propios o del grupo para beneficio común; se comprende como elemento indispensable en la interacción doméstica que confiere característica a los grupos distributivos. En ausencia de pareja, la autonomía femenina suele estar limitada por normas sociales aplicadas por otros integrantes de la familia o por la misma mujer, al percibirse sin derecho o merecimiento a otras opciones, como elegir otra pareja, cambiar de residencia o cambiar de estilo de vida, lo cual refleja el temor a la sanción social por transgredir las normas establecidas; además, esto se suma al riesgo de ver disminuidos los apoyos sociales con los que cuenta.

La conformación de redes de apoyo familiares o fuera de las relaciones domésticas es una estrategia utilizada con mucha frecuencia por las mujeres para enfrentar su condición de subordinación, o bien, para mejorar su capacidad de negociación y poder dentro del hogar. La autonomía de las mujeres en el GD es la condición que permite la conformación de redes sociales más amplias y sólidas de apoyo. Las redes sociales son escasas y débiles en el caso de los grupos fuertemente patriarcales, pues pueden limitarse al contacto con unos cuantos familiares cercanos; mientras que, en el extremo opuesto, los integrantes del GD pertenecen a grupos religiosos, gremiales e incluso civiles, como los grupos de ayuda mutua. En este caso, los participantes no se encuentran entre los cuatro tipos de soledad producidos por las espirales de desventajas, excepto el envejecimiento, por lo cual las redes sociales juegan el papel de apoyo entre iguales (González, 2005).

Asimismo, la ausencia de pareja conyugal no es una condición que elimine la autoridad patriarcal, pues es un hecho que algunas mujeres ceden su autoridad a su propio padre, al hijo mayor e incluso al hermano; posiblemente en un esfuerzo por evitar el conflicto; como un reconocimiento a su dependencia y aceptación tácita de su incompetencia para encabezar la organización familiar; como un mecanismo para evitar pérdida de simpatía y apoyos sociales generados por su condición vulnerable o una combinación de varias razones.

En realidad, existen organizaciones familiares que reúnen características de dos de los grupos propuestos, aunque fueron clasificados en aquél que aglutina el mayor número de atributos observados (cuadro 1). Es decir, es menos probable que existan grupos domésticos con atributos de uno de los tipos de manera exclusiva.

En este artículo se presenta una tipología que intenta explicar en qué medida y cuáles son las oportunidades que tienen las mujeres y los hombres enfermos de diabetes para llevar a cabo el autocuidado en el espacio doméstico.

El autocuidado de diabetes se entiende como el proceso individual, activo, flexible y responsable de que una persona se atienda a sí misma en caso de enfermedad, acciones que la persona realiza en colaboración con el equipo médico, en vez de simplemente seguir las reglas prescritas (Toljamo y Hentinen, 2001). Este proceso incluye tareas en distintos momentos de la vida cotidiana de las personas con diabetes: reconocimiento e interpretación de malestares y signos, seguimiento y ajuste de las indicaciones médicas, búsqueda de información, entre otras acciones que exhiben la existencia de capacidad de agencia y autoeficacia (Sigurdardóttir, 2005; Sousa y Zauszniewski, 2005), además de elementos emocionales propicios para el control del padecimiento.

Trujillo y Nazar (2007) emplearon este marco conceptual para construir una categorización del autocuidado a partir de recursos individuales disponibles en el espacio doméstico, y definen cuatro posibilidades de autocuidado: ausente, débil, flexible y rígido. El recorrido sigue un sentido lógico de menos a más acciones que realizan las personas con la enfermedad, aunque conviene mencionar que, de acuerdo con la literatura (Toljamo y Hentinen, 2001), la mejor categoría para el autocuidado es la flexible, pues el control de la glucosa en sangre depende de múltiples factores externos, que deben reconocerse para ajustar alimentación y medicamentos. La forma rígida de autocuidado tiene el problema de ser insostenible por largos períodos y presentar dificultades al control metabólico, por lo que se considera como no deseable desde el punto de vista médico.

El autocuidado de diabetes, de acuerdo con Trujillo y Nazar (s/f), comprende al menos cuatro tareas individuales indispensables para el control del padecimiento: conocer la enfermedad, ajustar la alimentación, adecuar la medicación e incluir o incrementar la actividad física. De esta manera, llevar a cabo el autocuidado depende del acceso a fuentes de información, a recursos materiales para ajustar la alimentación y adquirir medicamentos, así como disponibilidad de tiempo para realizar actividad física aeróbica, como la caminata. Acceso y control de los recursos son fundamentales para cristalizar las acciones del autocuidado, aspectos que ciertamente requieren del apoyo de los integrantes del GD y flexibilidad en la rutina doméstica para favorecer la adopción permanente de hábitos saludables para todos los miembros de la organización familiar.

CUADRO 1
TIPOLOGÍA DE GRUPO DOMÉSTICO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Dimensión	Variables	Grupos domésticos		
		Patriarcal	Mixto	Distributivo
Económica	Autoridad patriarcal	Fuerte, ejercicio de violencia	Presente, violencia controlada	Maleable, sin violencia
	Propiedad de la vivienda	Exclusivamente del padre	Padre y/o hijo(s) hombres	Mujer, hijas, bien común
	Trabajo femenino remunerado	Ausente. O bien, padre presente, sin control de ingresos	Tiempo parcial, control relativo de ingresos	Presente, control de ingresos
	Pareja conyugal (casada/unida)	Ausencia por abandono. O bien, presencia física, pero con ausencia afectiva	Probable ausencia física (y afectiva)	Presencia física y afectiva
Interpersonal	Trabajo doméstico compartido	Ausente	Limitado a pequeñas tareas, períodos cortos	Presente en tareas, duración e importancia.
	Autonomía femenina	Ausente	Limitada en decisiones y acciones	Presente en decisión y acciones
	Redes sociales	Prácticamente inexistentes	Limitadas en tipo y calidad	Mayor número, amplias, más fuertes

Fuente: elaboración propia, con base en el trabajo empírico de investigación, 2006.

Aspectos metodológicos de la investigación

El estudio se realizó durante el 2006 en tres colonias populares de Tuxtla Gutiérrez, elegidas porque los factores de riesgo de las enfermedades crónicas son más frecuentes en estratos socioeconómicos bajos. El proyecto fue financiado por el Sistema Institucional de Investigación de la Universidad Autónoma de Chiapas, en la recolección de datos únicamente participó una de las autoras.

Se obtuvo información empírica mediante entrevistas en profundidad, herramienta de la metodología cualitativa, útil para generar versiones alternativas o complementarias de la reconstrucción de la realidad, como vía de acceso a los 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). Los participantes fueron identificados a partir de resultados de un estudio previo (Nazar, 2005). Se hizo seguimiento de las personas incluidas en el listado para tratar de entrevistar a la totalidad de ellas, obteniéndose información de quienes no tenían complicaciones agudas —por lo cual no estaban hospitalizadas— y que aceptaron ser entrevistadas.

Los encuentros se llevaron a cabo, previa cita, en el domicilio del o la participante. Debido a la avidez por hablar sobre sus problemas, en particular de las mujeres y de dos varones, los encuentros fueron extensos. Cada entrevista se integró de al menos dos encuentros, máximo cuatro.

Se entrevistó en profundidad a 23 personas que viven con diabetes, hombres y mujeres, alcanzándose con ellos la saturación teórica mencionada en la literatura (Glaser y Strauss, 1967; Taylor y Bogdan, 1984). De manera complementaria, en 16 casos se entrevistó a un miembro significativo del GD para integrar la información y, en todo caso, comparar y complementar los discursos de los informantes y obtener un panorama de las relaciones dentro del grupo doméstico; en los casos donde no fue posible conversar con un familiar se trataba de mujeres enfermas, lo cual se interpreta como relativo desinterés en la salud femenina. Paralelamente, se tomaron notas de campo con la observación de la condición material de vida de los participantes y algunos elementos de la interacción observada entre los integrantes del GD durante los encuentros.

Al momento de concertar el primer encuentro con los participantes se les explicó el objetivo del trabajo y se solicitó autorización verbal para grabar la conversación. Las personas entrevistadas aparecen con claves para asegurar la confidencialidad.

Cada entrevista fue grabada y transcrita textualmente. La información recolectada se organizó en expedientes individuales, a partir de los cuales se identificaron las categorías de análisis. Se elaboró una matriz para hacer coincidir los aspectos de la tipología de GD con las categorías de autocuidado, dividiendo a los participantes por género, tipo de GD y categoría de autocuidado personal.

Participantes en el estudio

En total, participaron en el estudio siete hombres y dieciséis mujeres que padecen diabetes y que al momento de la entrevista carecían de complicaciones agudas del padecimiento.

Entre los hombres, la edad promedio es de 58.4 años (desviación estándar 9.1); excepto por un viudo que convive con la hija única, los demás viven en pareja y su posición es de jefatura. Todos los hombres tienen actividad productiva no calificada. Respecto a la escolaridad de los hombres, hay dos que únicamente reconocen algunas letras y números, lo más común es que hayan cursado algún grado de educación primaria. Sólo uno de ellos concluyó la secundaria. Cuatro participantes son católicos, dos más y sus grupos domésticos son testigos de Jehová.

La edad promedio de las mujeres fue de 49.6 años (desviación estándar: 11.8). Cuatro de ellas son jefas de hogar, dos por viudez y dos por abandono de la pareja. En uno de cada cuatro casos las mujeres participantes del estudio se dedican exclusivamente a ser amas de casa, todas las demás tienen alguna actividad económica remunerada. La actividad productiva más frecuente es el comercio informal y trabajo por cuenta propia. Excepcionalmente, una mujer se dedica a la docencia de nivel medio superior (bachillerato). Conviene señalar que varias mujeres combinan actividades productivas a lo largo de la semana. Tres mujeres, de aproximadamente 60 años de edad, no saben leer ni escribir, una es modista, otra cocinera y otra ama de casa; lo más común es que hayan cursado algún grado de educación primaria, en dos casos concluyeron la formación secundaria y una de ellas obtuvo título universitario. Excepto por una mujer, esposa de un pastor de la Iglesia del Nazareno, el resto de las mujeres se declaran católicas.

Los informantes residen en tres colonias populares de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, ubicados dentro de un gradiente socioeconómico. Se identificaron según condición material de vida, establecido como “Bajo-bajo” (n = 9), “Medio-bajo” (n = 9) y “Medio-alto” (n = 5) con base en las características materiales de la vivienda, incluida la propiedad del inmueble y la actividad productiva predominante de quien más ingresos aporta, por periodicidad del ingreso o por cantidad.¹ En síntesis, puede decirse que la información proviene de población urbana, en condición heterogénea de pobreza, señalada como una de las condiciones que determina la calidad del control de diabetes mellitus (Ruiz *et al.*, 2006).

En el siguiente apartado se describe cómo es el autocuidado de mujeres y hombres con diabetes de acuerdo con el tipo de GD al que pertenecen, enfatizando

¹ Por la ocupación productiva de las personas hay casos en que el ingreso se limita a dos veces por año, como en los agricultores; otras veces el ingreso es mínimo pero constante, como en el caso de los vendedores ambulantes de frituras y golosinas.

los aspectos de la organización familiar vinculados a las relaciones de género, y que se convierten en obstáculos o facilitadores del autocuidado.

Autocuidado en hogares con estructura patriarcal

Como se afirma en párrafos previos, cada uno de estos tipos de organización familiar tiene condiciones de vida particulares, lo que desemboca en que una persona crónicamente enferma desarrolle una cierta forma de cuidarse a sí misma. De acuerdo con la tipología propuesta, quince de las y los 23 participantes en el estudio forman parte de un hogar con estructura patriarcal. Proporcionalmente, más hombres (cinco de siete) que mujeres (diez de 16) conviven en grupos domésticos de este tipo (cuadro 2).

Es posible que exista coincidencia en que los hombres que participan en el estudio sean aquéllos que han logrado un cierto grado de aceptación de la enfermedad y que, apoyados invariablemente por sus parejas, efectúan el autocuidado con mayor convicción; probablemente hayan vencido algunas de sus resistencias, como afirma Peña (1998). Esto no implica necesariamente que sean GD más armónicos en sus relaciones de género, sino que quizás estos hombres han desarrollado estrategias distintas para mantener la autoridad y hacerla compatible con una cierta forma de autocuidado, ya que ni un solo hombre es considerado en la categoría 'ausente'.

Dos de tres hombres, que coinciden en tener un GD de tipo patriarcal y autocuidado débil tienen antecedentes de ser violentos y tener historias de alcoholismo, algunos aún de manera activa, a pesar del alto riesgo de descontrol metabólico que implica el consumo de bebidas alcohólicas. Los hombres que disfrutan las mejores condiciones de autocuidado tienen en común pertenecer a la religión Testigos de Jehová y según afirman ellos mismos, entre los principios fundamentales de su doctrina se encuentra la moderación, en todos los sentidos y el consumo de alcohol está proscrito. Posiblemente, la edad de los participantes interviene en la solidez de principios asumidos, ya que el comportamiento es distinto al referido por los llamados jóvenes sin futuro, que han perdido la confianza en la religión (González, 2005). Entre los fieles católicos, la religiosidad actúa de manera indirecta, ya que parece ser el apoyo de los grupos de oración a los que asisten, generalmente acompañados por la pareja, lo que favorece el autocuidado. Entre las mujeres diabéticas, compañeras de los grupos de oración fungen como escucha de las penurias de las primeras, constantemente agredidas por maridos violentos.

El consumo de alcohol está asociado a la forma de vida de los hombres que se ubican en GD patriarcales, se produce un círculo vicioso donde beber desencadena crisis de violencia y recrudecimiento del conflicto persistente, sumado a la carencia de recursos económicos del resto de los integrantes del

CUADRO 2
AUTOCUIDADO DE DIABETES EN HOMBRES Y MUJERES SEGÚN TIPO DE GRUPO DOMÉSTICO

Categorías de autocuidado	Hombres			Mujeres			Total
	Patriarcal	Mixto	Distributivo	Patriarcal	Mixto	Distributivo	
Rígido	1			2	1		4 (17.4%)
Flexible	1		1	1	1		4 (17.4%)
Débil	3	1		2			3 (9.15%)
Ausente				5	1		6 (26%)
Total	5 (71.4%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	10 (62.5%)	3 (18.8%)	3 (18.8%)	23

Fuente: elaboración propia con base en las entrevistas, 2006.

GD. Por sí mismo, el consumo de alcohol representa una demanda orgánica extraordinaria, lo que agregado a la respuesta hormonal del estrés, incrementa el riesgo de descontrol metabólico.

Trago... ¡hasta en mi trabajo echaba yo! Bueno, entonces agarré yo, hasta dejé de tomar la medicina... Este... entonces dejé de tomar las pastillas y cuando miré que me estaba haciendo daño... un compañero me dijo: Vamos donde los alcohólicos anónimos... Pero dije yo: no, lo voy a dejar yo solito... como el cigarro... Yo mismo lo voy a dejar porque me está afectando... que 90 pesos traía aquél... ¡pero si ayer fue quincena! Es que lo acabé en la cantina, pues... (9H59CSJT-4).

Los hombres que caen en la categoría de ‘autocuidado débil’ son varones que mantienen el estereotipo tradicional, no están conformes con el trabajo remunerado de la pareja, independientemente de que esos ingresos sean cruciales para el sostenimiento del GD, lo que posiblemente genere conflictos en estos varones, considerando el referente tradicional del ser hombre:

....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...porque eso sí: su vasote de pozol no le ha de faltar. Se lo dejó hecho en el refri... Ya cuando viene se lo sirve y se tira a dormir... hasta que vengo yo y hago la comida... (María, esposa de 3H48CT-22).

El hecho de que la pareja tenga un trabajo remunerado sirve como excusa para que el enfermo no tenga una alimentación adecuada a su condición crónica, básicamente porque el hombre no acepta participar en las tareas domésticas vinculadas a su propio cuidado, lo cual se agrega a otros factores de riesgo, como el sedentarismo; además de colocar la responsabilidad del descuido en la mujer, culpabilizándola. Es decir, que en las relaciones domésticas, la dimensión económica tensa aún más la interacción personal, lo cual impacta tanto a los enfermos como a las mujeres con quienes viven y el resultado es, con frecuencia, el descontrol de la enfermedad y el incremento del estrés.

En los hogares con estructura patriarcal, las mujeres diabéticas tienen un acceso restringido a los recursos disponibles para destinarlos a la atención de su salud. No únicamente de recursos monetarios, sino del tiempo necesario para tareas como preparación de alimentos saludables y actividad física aeróbica. El tiempo de las mujeres se distribuye en tareas domésticas, actividades productivas y algunas otras asociadas a la crianza de nietos, con mínimas oportunidades de recreación saludable.

La dependencia económica y, fundamentalmente, que la casa familiar sea propiedad del hombre, es un elemento que mantiene a las mujeres enfermas atadas a una relación de pareja que le resulta insatisfactoria. El temor al desamparo económico hace que permanezcan sometidas, mediante el uso de la violencia de todo tipo.

Siempre me ha humillado porque él sabe que yo no tengo donde irme. De eso se basa él, que yo no tengo donde vivir, por eso no me voy... De joven él era muy malo, cuando tomaba me corría [perseguía] con machete, me echaba a la calle con mis hijos... Me iba a dormir con mis vecinas, donde mi suegra... Cuando estaba bolo [embriagado] me daba con el cincho... Decía: "déjame que acabe yo de comer hija de tu puta madre...te voy a quebrar la madre" como ya sabía yo que me pegaba... nomás les hacía señas con los ojos a mis hijos y nos salíamos por la parte de atrás... (7M52CSJT-7).

A pesar de que en algunos casos varios integrantes del GD contribuyen a solventar las necesidades, la tradición impone que se reconozca públicamente la jerarquía de los hombres, atribuyendo la propiedad de la vivienda a su favor, lo cual en momentos de crisis se convierte en una amenaza, que dependiendo de la edad de los hijos y su posición en el GD es asimilada como un problema irresoluble.

Lo que quiero es mi salud... ¿Qué me importa? [rompe en llanto, dramático]... Yo le he dicho que no quiero nada... ¡Que no quiero nada!.... Le digo que no quiero nada, pero a veces me corre.... Se enoja, le hago ver las cosas... no le gusta... debés hacer algo [habla de trabajar] pendejo... Yo no quiero nada de ti... Si no quieres, anda, vete, me dice... Le digo que mi casa segura es el panteón... (4M55CSJT-15).

En la precariedad económica, conseguir la propiedad de la vivienda puede ser el resultado del esfuerzo de varios integrantes del GD, aunque por tradición el jefe de la familia suele aparecer legalmente como propietario del inmueble; sin embargo, no todas las mujeres reaccionan con pasividad ante la amenaza de perder el techo levantado por la voluntad compartida de sus integrantes durante largos años.

...Ahí sí se me fueron los pies... Lo digo claro, [la casa] está a nombre de mi marido, aunque la pagamos entre todos. La escritura salió a su nombre... Uno de los días en que se enojó, me gritó que ya iba a vender el solar... Clarito se lo dije: lo vendés el solar, pero bien vendido porque ahí va a haber una compartición... Claro que debe haber una compartición, porque lo pagamos entre todos... (3M49CSJT-11).

En algunos casos, las mujeres suelen tener mayor control de su padecimiento al aferrarse a su papel de protectora y proveedora de atención y cuidado a los otros: los más pequeños de la familia, hijos o nietos, aunque ello también depende de la edad y el sexo de los integrantes de la tercera generación. En los casos en que los nietos varones están en edad adolescente, más que representar una fuente de inspiración para el autocuidado significan un obstáculo, ya que algunos de ellos pueden exhibir conductas antisociales y mostrar rebeldía.

En los casos donde conviven abuelas y nietas, la situación es distinta, ya que las más jóvenes representan una fuente de apoyo para las primeras cuando

éstas están crónicamente enfermas, manteniendo el estereotipo de ‘ser mujer’, colaborando en las tareas domésticas y en las actividades productivas de las más añosas; lo que a su vez contribuye a mantener a las mujeres de la familia en el espacio doméstico: “...me ayuda en la tiendita, esa mi nieta, le doy cien pesos en su semana... Algo es, pues, que yo la ayude” (4M55CSJT-3).

Una situación muy frecuente es que las mujeres tengan una autoestima negativa, lo que genera una suerte de desesperanza que desemboca en abandono del tratamiento y en conductas insalubres. Considerando los elementos discursivos de las mujeres que conviven en GD patriarcales y tienen un autocuidado ausente o débil, reconocen tener una autoestima negativa, relacionada con el impacto de la enfermedad asociada al envejecimiento, percibiendo el riesgo de perder a la pareja: “...así como le digo que a veces me da gana de morirme... Digo yo que no me estimo...” (4M55CSJT-18).

....digo yo que no tengo valor en la vida... Yo sí me veía acabadísima cuando recién... como tres meses... que me dijeron de la enfermedad... Pensaba yo: ya me voy a morir... Cuando alguien me decía algo, yo decía “ya estoy viejita”, ya me voy a morir... Esa era mi respuesta... (2M42CSJT-2, 4).

Se trata también de un asunto de edad, las mujeres más jóvenes, independientemente de su nivel de escolaridad, parecen tener una mejor disposición y agencia para llevar a cabo una atención más esmerada de su condición patológica. La edad implica una mejor condición física, más energía para sobrellevar los efectos del descontrol metabólico, además de que los hijos —cuando los hay— se encuentran en edades más pequeñas, por lo tanto, son más dependientes y vulnerables.

Independientemente de tener hijos adultos, algunas mujeres con ingresos propios no logran dedicarlos a adquirir alimentos más adecuados porque tienen compromisos con otros integrantes del GD, precisamente porque la madre ha mantenido los mismos patrones de un hogar patriarcal. En ausencia de pareja, las mujeres se hacen cargo parcial o total de la manutención de los nietos, relegando su autocuidado: “...no sé qué es que piensa esa mi muchachita....pero veo que cuando no tienen.... yo soy la que debo... me preocupo, yo trabajo para ayudarlos a mis nietos, pa’ que no les falte de comer...” (6M43SSJT-5).

En el caso de las mujeres que participan en este estudio, no se trata exclusivamente de las relaciones de género en el ámbito doméstico lo que merma las opciones de cuidar de sí mismas, sino de la opresión derivada de la edad, religión, nivel educativo, condición económica y etnia.

En los estratos socioeconómicos vulnerables, toda enfermedad genera desajustes en la economía familiar, considérese parcialmente válido el argumento que soporta la política del Seguro Popular: el blindaje financiero a las familias, que sufren terriblemente por el gasto en salud realizado desde el bolsillo. Tratándose

de enfermedades crónicas, el gasto de bolsillo es muy alto, tanto en efectivo como en el mayor esfuerzo laboral impuesto por la emergencia.

Suele ocurrir que en los GD cuyas relaciones afectivas son favorables se ofrecen muestras de solidaridad extenuante; sin embargo, en relaciones familiares conflictivas, la carga económica de la enfermedad acentúa las formas de violencia. Compárense dos discursos, el primero corresponde a un hombre enfermo, de trato familiar amable, y el segundo proviene de una mujer enferma unida a una pareja violenta.

...mis hijos se iban todo el día, trabajaban de 9 de 10 horas al día, al destaje... De noche llegaban mis hijos... así, seis días a la semana... A ella [la esposa] se le da la panadería... Ella solita amasa cinco tantos de harina.... es mucho trabajo... Con esa paga y la de mis hijos, con eso pagaron mi enfermedad (10H73CSJT-2).

...no tiene mucho que vendió sus animales [bueyes] y ya no siembra, solo cría pollos. Lo vendió para pagar mi última operación.... orita me dice: "Cómo no te morís maldita, condenada..." [llora] (5M66CSJT-6, 15).

En el caso del hombre, todos los integrantes contribuyen a cuidar al jefe de la familia; en el segundo, la mujer es tratada con desprecio, demostrando el poco interés que dedica el marido a una esposa enferma; mujer con quien ha convivido cerca de 40 años, y de los cuales los diez últimos han estado gravados por el peso de la enfermedad.

Por el contrario, algunos hombres que ejercen su autoridad con violencia y agresión, no sólo contra los demás integrantes del GD, sino contra sí mismos, además de los signos conocidos de diabetes, se ven atormentados por consecuencias menos nombradas, aunque no menos frecuentes, como la disfunción eréctil, a lo cual reaccionan con arranques de ira y frustración: "Este... sí, cuando se eleva la azúcar no funciona uno... Eso es la verdad... Lo que uno hace... es... hacer sufrir a la otra persona, a la mujer... (9H59CSJT-13.)"

En el testimonio, el hombre no sabía cómo referirse a su condición temporal, de manera que la capacidad eréctil es relatada como funcionamiento. La expresión corporal de la pareja de este hombre hacía pensar que ella trataba de ayudarlo a mencionar el problema; además, señalaba con insistencia el enojo que él manifiesta en momentos críticos de la actividad sexual. Sin embargo, el hombre cambió el tema repentinamente, canceló la oportunidad de verbalizar sus dudas y recibir alguna alternativa médica. En el testimonio se hace evidente la dificultad para colocar en su persona el sentimiento de dolor y sufrimiento originado en la comprobación de su merma física, al declarar que la disfunción eréctil hace sufrir a la mujer, cuando el afectado directamente es él mismo.

Es posible advertir en los testimonios que, a pesar de compartir condiciones de hogares patriarcales, las respuestas de las mujeres para el autocuidado son distintas, como diferentes son los factores que influyen de manera más o menos

determinante en la forma de responder a la enfermedad y al autocuidado. En este estudio fue posible identificar al menos tres formas de respuesta de mujeres al autocuidado: aquéllas que se refugian en su maternidad y cuidado de otros; aquéllas que asumen la enfermedad como una posibilidad de recibir atenciones de los integrantes de su GD anteriormente negadas; y otras más que adoptan una actitud fundamentada en la fatalidad, como una sentencia de muerte inminente, ante la cual no hay nada qué hacer.

Autocuidado en hogares con estructura mixta

El único hombre que convive en un GD con estructura mixta tiene antecedentes de violencia doméstica, consumo exagerado de alcohol y, como en otros casos, una historia laboral, por más de treinta años, en las fuerzas del orden público.

Actualmente viudo, se ha visto obligado por esa circunstancia a esforzarse por establecer una mejor relación con la hija única, de la cual depende física y afectivamente, ya que tiene dificultades para caminar, resultado de problemas distintos a la diabetes. Como parte de ese esfuerzo cedió los derechos de propiedad de la vivienda a la hija, sin que la donación legal haya logrado mejoría en el trato que ésta le prodiga, posiblemente debido a que existen profundos resentimientos que no han sido superados. Estos antecedentes podrían estar explicando que el autocuidado de diabetes sea débil para este hombre “Siempre fue así, gritaba mucho. Yo vivía sobresaltada... que ya veía que llegaba él y corría yo a esconderme debajo de la batea... Siempre le tuve miedo...” (Guadalupe, hija de 4H66VBS-4).

A pesar de los obsequios que el padre ofrece a la hija, subsiste la barrera de la incomunicación, lo que mantiene latente el resentimiento en la unigénita y afecta el autocuidado del enfermo; el peso del desencuentro afectivo es reconocido por el hombre, y él mismo confiesa que al paso del tiempo sus errores siguen teniendo consecuencias. Esta tensa situación entre padre e hija se mantiene desde hace cinco años, cuando sus condiciones hicieron crisis con el fallecimiento de la esposa.

Respecto a las mujeres que conviven en grupos domésticos con estructura mixta, es posible que la mayor escolaridad de ellas juegue un papel importante, ya que les permite acceso a opciones laborales mejor remuneradas, han regulado la fecundidad y espaciado de manera suficiente la llegada de los hijos; de manera que la competencia por el acceso a los recursos monetarios y no monetarios resulte más llevadera; lo cual posiblemente influya para que el autocuidado de diabetes sea favorable. Resulta interesante que, aunque en estos grupos la situación económica sea relativamente más holgada y puedan pagar ayuda doméstica, no lo hagan, pues sus integrantes prefieren compartir las tareas propias del hogar; así como mantenerse pendientes del bienestar de la enferma.

....no le voy a decir que jamás hemos tenido problemas, pero cuando los tenemos los resolvemos entre los dos.... En primer lugar nunca nos hemos peleado en público... Siempre que tenemos algo que arreglar nos subimos a nuestra recámara... ¡Allí nadie oye ni ve nada! No salimos hasta que ya encontramos la solución... Si me siento mal le aviso a mi esposo, que se dedica al negocio; (a) mi nuera, que vive en un departamento al fondo del solar; (a) mis hijas, por teléfono, o aquí nomás, a mi vecina... (5M52CT-6,7).

Aunque las parejas de estas mujeres tampoco se sienten muy dispuestos a que ellas trabajen de manera remunerada, llegan a aceptarlo con el tiempo. El razonamiento que una mujer aplicó fue el de la reciprocidad, ambos buscaron solución al tema de las labores domésticas para enfrentar actividades, como llevar una alimentación saludable y realizar cierta actividad física.

En síntesis, es posible afirmar que las mujeres en este tipo de GD tienen mejores oportunidades para realizar un autocuidado más favorable para el control de diabetes. Consideramos que al relajarse las tensiones domésticas se produce una convivencia más saludable, en términos generales. Los GD de este tipo han tenido un inicio más armónico desde el punto de vista de las relaciones de género, además de que la economía doméstica no ha presentado conflictos tan serios, debido, como se mencionó, a que el nivel educativo de las mujeres es mayor y realizan trabajos más calificados.

En los hombres, el peso de una historia de relaciones domésticas conflictivas mantiene el impacto desfavorable para el autocuidado de diabetes.

Autocuidado en hogares con estructura distributiva

Tres de los cuatro participantes (tres mujeres y un hombre) que conviven en un GD con estructura distributiva son mayores de 60 años. Todos ellos tienen en común una historia de vida laboral que inició tempranamente. A pesar de que dos mujeres no saben leer ni escribir, lograron realizar actividades económicas, salvando las dificultades que implica el analfabetismo.

La mujer más joven, además de que debió trabajar desde los ocho años debido a la orfandad de madre y a la negligencia del padre, ha logrado establecer un GD favorable para el autocuidado. Las relaciones de pareja mejoraron sustancialmente a partir del ingreso del marido al grupo de Alcohólicos Anónimos, siete años después del inicio de su vida conyugal. Tanto su pareja como sus hijos, menores de 15 años, contribuyen de manera importante en las tareas domésticas y favorecen el autocuidado de diabetes, con lo cual ella logra tener mejor control de la enfermedad.

...mi esposo me apoya, cuando tengo una junta en la escuela me dice: "Tú no te preocupes (y él va a comprar comida preparada). Tú sólo preocúpate de estar bien

y cuidarte". Creo que eso es lo que me tiene bien. "Tu obligación es eso y cuidar los niños..." Sufrí mucho cuando era niña, pero ahora mi esposo es muy bueno con nosotros... cuando me diagnosticaron esta enfermedad mi esposo ya no tomaba... Que diga yo que me he visto grave por la azúcar, no (8M37CT-3).

Las mujeres de la tercera edad tienen en común ser viudas, lo cual explica en parte que sus grupos domésticos sean de este tipo, ya que los difuntos esposos tenían acentuados rasgos de machismo y antecedentes de violencia.

La discriminación de las mujeres que pertenecen a un grupo étnico minoritario se manifiesta en largas historias de desigualdades y opresión violenta. Los hijos prodigan a la madre enferma una indiferencia ofensiva, resultado de una crianza donde la abuela paterna devaluaba continuamente a la madre en razón de su origen étnico, aunado a la violencia que el marido ejercía sobre la mujer. No únicamente violencia física (golpizas constantes) sino también económica, pues el hecho de, literalmente, compartir un solo plato, se interpreta como ausencia de libertad para disponer de una ración de comida. Las mujeres suelen interpretar este hecho idealizándolo, pues lo relatan como un acto de amor romántico y no como una expresión del ejercicio de poder, de violencia económica "...no como otros...que cada quien come de su plato...nosotros comíamos en el mismo plato...cuando él llegaba de trabajar yo estaba echando las tortillas... iban saliendo y ya estábamos comiendo... ¿para qué dos platos? 3M61VBS-9".

En el testimonio anterior es posible que la pérdida reciente del esposo violento contribuya a crear una imagen idealizada del marido, con el cual vivió más de 45 años y que la golpeaba desde el primer mes de vida en común. Parte de la explicación del autocuidado débil de esta mujer es la indiferencia de los hijos cuando se trata de la salud materna, y la otra que se derive de las dificultades económicas que resultan del abuso de los hijos varones.

...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. Ahí me hicieron la prueba del azúcar (señala su brazo) y tenía muy alta mi azúcar. Mi problema es que en aquel tiempo se me juntaron todas las cosas...tenía deudas, se me juntó todo: la letra del carro, el pago del seguro, otras cosas. En total eran más de diez mil pesos y ¿de dónde va a salir todo ese dinero? (3M61VBS-6).

En ausencia física del padre, los hijos varones adoptan comportamientos abusivos con la madre, reproduciendo la conducta que observó en el padre: la madre, por otra parte, sin saber leer ni escribir, tiene que confiar en los hijos respecto a asuntos financieros. El autocuidado es débil, explicado en parte por la soledad en que vive, el estado anímico secundario al duelo, y en parte por la intervención abusiva de los hijos varones aunada a la indiferencia de la hija que vive en la planta alta de su casa.

El hombre que convive en este tipo de grupo doméstico, por el contrario, tiene un autocuidado rígido, lo cual es interpretado como una exageración por la pareja, pues, desde el punto de vista de ella, mantener la misma cantidad de medicamento

durante los tres o cuatro días al mes que ingiere sólo dieta blanda genera bajos niveles de azúcar en la sangre y ha sufrido desmayos en esos períodos; lo cual confirma que el autocuidado rígido no es la mejor opción de autocuidado. El hombre, a su vez, dice cuidar su persona, sentirse bien y satisfecho de hacerlo. Este personaje, en particular, a pesar de los rasgos machistas mostrados en su juventud, ingresó a Alcohólicos Anónimos hace más de veinte años, participa activamente en un grupo de oración católico y tiene un encargo en el gremio de comerciantes al cual pertenece. Todas estas actividades le significan mantenerse ocupado la mayor parte del tiempo, lo que no le impide preparar la comida principal del día con cierta regularidad, o planchar su propia ropa.

En la actualidad, las relaciones con la esposa son frágiles, debido a la historia de infidelidad en los años de juventud, y es posible que trate de mejorar las relaciones conyugales al hacer estas tareas, además de ocuparse de su propio trabajo.

Discusión

Las relaciones de género en el ámbito doméstico tienen un peso importante en las oportunidades para llevar a cabo el autocuidado de diabetes; sin embargo, es conveniente mencionar que no es el elemento único ni totalizador de la explicación. Se logró reunir suficiente evidencia para dilucidar que el autocuidado de diabetes en una persona crónicamente enferma está fuertemente condicionado por la dependencia económica y por las relaciones interpersonales conflictivas, particularmente aquéllas derivadas de la opresión de género, que configuran el tipo de respuesta que muestran las mujeres ante el autocuidado.

La dependencia económica es una constante, llegando incluso a tener expresiones radicales al expresarse como violencia física y económica; en algunos casos, de formas más sutiles. Tener acceso a los alimentos es un ejemplo, que es idealizado en los relatos de ellas. Sin embargo, el autocuidado depende también, de manera importante, de la estabilidad emocional, producto de una convivencia razonablemente saludable, desde el punto de vista psicológico. La inseguridad producida por la amenaza de perder el techo no permite la tranquilidad para llevar a cabo el autocuidado en las mujeres enfermas.

La autoestima negativa de las mujeres enfermas puede estar promovida por esa visión de ser para los otros que se incrementa en caso de enfermedad crónica, ya no tener salud para servir a los demás conduce a la idea de ser prescindible o sustituible, lo cual es confirmado en aquellos casos en que la violencia de la pareja se acentúa tras largo tiempo de enfermedad, y por el desgaste económico que representa el tratamiento. Una enfermedad crónica implica desgaste físico, emocional y económico. Cada uno de ellos recae en distintos integrantes de los grupos domésticos, pero el desgaste económico exacerba los desencuentros

afectivos e incrementa la violencia hacia las mujeres enfermas, pues el tratamiento implica inversión de recursos monetarios y no monetarios, y la percepción de que no existe razón para que la mujer permanezca en el grupo doméstico, dado que no cumple con sus tareas habituales. Otras mujeres diabéticas se aferran a su rol de cuidadoras, al llegar el diagnóstico intensifican estas tareas, posiblemente al entrar en juego un mecanismo de retribución generador de ganancia secundaria a su nueva condición, haciéndola merecedora de atenciones y cuidados de los que anteriormente no disfrutaba.

Adicionalmente, la carencia de opciones de vida para las mujeres de los grupos patriarcales, coarta la posibilidad de concluir la relación de pareja. El acceso a los servicios de seguridad social proporciona una garantía en el tratamiento con medicamentos; las únicas tres mujeres que reciben insulina tienen servicios de este tipo, generalmente como cónyuges de los asalariados y no por su propia afiliación. Esta situación es una limitante para terminar las relaciones matrimoniales insostenibles por efecto de la desigualdad de género, ya que en esos casos las mujeres temen perder sus derechos a la seguridad social, como parte de la respuesta agresiva esperada de su pareja.

Los hombres que participan en este estudio tienen más y mejores oportunidades y condiciones para el autocuidado, y las limitaciones para cristalizar acciones efectivas son impuestas por su propia ideología, vinculadas a la incertidumbre que les generan sus referentes de género (Montesinos, 2002) y el pánico que les provoca contradecir su percepción de vulnerabilidad, vislumbrar el inminente descubrimiento de la farsa vivida hasta entonces (Peña, 1998). Para esconder su vulnerabilidad y confirmar el estereotipo dominante de ser hombre en condiciones de enfermedad crónica, los varones son infieles, se alcoholizan, son agresivos, pues buscan ocultar su condición por temor a perder autoridad. A estos hombres les aterra confirmar su condición de enfermos por temor a la respuesta de las y los integrantes del GD, sometidos por el padre/esposo tirano que ha sido usualmente.

Como plantean algunos autores (Ramírez, 1988; Seidler, 2000; Gutmann, 2002), las respuestas que ofrecen los hombres ante circunstancias críticas están influidas por miedos; probablemente porque la ausencia del padre no les ha permitido diferenciarse completamente de la madre, temen el abandono de su pareja, como el padre los abandonó; al no distanciarse completamente de la madre, temen no ser considerados suficientemente hombres. Por esta razón deben confirmar continuamente su identidad de género, siendo infieles a las parejas con las que engendraron hijos y no están dispuestos a que ellas dejen de procrear justo porque la hombría se demuestra con la capacidad reproductiva. Esto explicaría que las mujeres que no logran concebir sean abandonadas; lo cual confirma en ellas la idea de que la maternidad es la única opción de vida posible, traducida en esa actitud de aferramiento a la crianza y el cuidado de hijos y nietos cuando

diabéticas, postergando su autocuidado. Al desaparecer el hombre como pareja, por muerte o abandono, las mujeres tienen oportunidad de organizar un hogar con una estructura relativamente menos opresiva, un GD más favorable para la calidad de vida.

Posiblemente, en los hombres, el temor a morir contribuya a impulsarlos a no confirmar su condición de diabéticos, incrementando de ese modo la posibilidad de una muerte prematura. También es posible que al evadir su situación de salud fundamenten las razones que se dan a sí mismos sobre su vulnerabilidad, asociada a la pérdida de sus capacidades físicas y el poder sobre los y las demás integrantes de su grupo doméstico, favoreciendo autoestima negativa. Todo ello cierra el círculo vicioso que acelera el desenlace fatal, cuyo origen se ubica en su percepción del ser hombre, en el estereotipo hegemónico; aplicando las resistencias, que Peña (1998) explica como mecanismos de defensa de su identidad, en su intento por esconder clandestinas realidades.

Asimismo, en los hombres diabéticos, la lesión microscópica de los vasos sanguíneos produce progresivamente disfunción eréctil, lo cual incrementa sus temores de perder su esencia viril, asunto al que responde con ira y frustración irracionales, que descargan nuevamente en su pareja y demás integrantes del grupo doméstico, pero también contra sí mismos, recurriendo al alcohol, al abandono del tratamiento o a los conflictos violentos con otros (Gutmann, 1998; Fuller, 1998; Gutmann, 2000; Seidler, 2000), lo cual arriesga el control metabólico, la evolución de la enfermedad y la calidad de vida, no sólo de ellos sino de todos los integrantes del grupo doméstico.

Por el contrario, los hombres que establecen buenas relaciones afectivas con su pareja logran construir un GD solidario, del cual reciben apoyo moral y en efectivo, al dedicar buena parte de los ingresos y esfuerzos de los integrantes de la organización familiar para sustentar el cuidado del enfermo.

Durante el trabajo empírico, ninguno de los hombres participantes se remontó a su propia historia de vida, totalmente distinto a lo que hacen las mujeres. Los hombres únicamente refieren anécdotas relacionadas con el trabajo desempeñado y con la respuesta violenta que han presentado en casos de conflicto; algunas de ellas interpretadas como hazañas u osadías cometidas en la conquista amorosa, tal como lo refieren distintos trabajos (Valdés y Olavarria, 1998; Fuller, 1998; Peña, 1998). De manera que resulta complejo precisar si el hecho de disfrutar los beneficios de un GD solidario y cálido es el resultado de trascender una historia de violencia doméstica, como agente de su bienestar o la continuidad de una saludable vida previa que coincidió con la definición de una pareja con la que logró construir sólidos vínculos afectivos durante la adultez; en última instancia, el autocuidado de diabetes produce un mejor control de la enfermedad, incluso en condiciones de pobreza. Conviene destacar que la mayor parte de los participantes en este estudio reúnen las desventajas acumuladas de ser viejos,

pobres y enfermos, condiciones que, como apunta González (2005), tienden a agotar a distinto plazo la fortaleza de las redes sociales de apoyo, bien sea por el desgaste económico que representa, como el desgaste físico de sus cuidadoras, generalmente mujeres.

De todo lo anterior se deduce que existe un entrecruzamiento de aspectos que determinan el autocuidado de diabetes en el grupo doméstico: los derivados de la precariedad económica y aquéllos que devienen de las relaciones de poder que se establecen en el ámbito doméstico entre hombres y mujeres. Ciertamente, la dimensión económica agudiza las dificultades de subsistencia del GD, sin embargo, es la dimensión interpersonal la que tiene mayores posibilidades de ser asumida, superada y trascendida, en favor de una mejor relación al interior de los GD y en beneficio directo de los integrantes, particularmente aquéllos crónicamente enfermos.

Tanto hombres como mujeres con diabetes requieren comprender los procesos propios de la enfermedad, pues algunos de ellos, como la disfunción eréctil, se adicionan al proceso normal de envejecimiento, lo que puede resultar en crisis existenciales donde el autoconcepto deteriorado, aunado a una autoestima negativa, orilla a los más vulnerables a abandonar el autocuidado.

Tanto hombres como mujeres están obligados a cuestionarse sobre los estereotipos tradicionales del ser hombres y mujeres, para ajustarse a nuevos referentes de género, de manera tal que sea más favorable la convivencia doméstica para el autocuidado de la enfermedad crónica, pero en términos generales, para la calidad de vida de todos. Por estas razones se insiste en la imperiosa necesidad de renovar estos referentes o morir aferrados a las tradicionales formas de ser hombres y mujeres, perpetuando las desigualdades en salud y calidad de vida.

Bibliografía

- AGARWAL, Bina, 1999, “Negociación y relaciones de poder dentro y fuera de la unidad doméstica”, en *Historia Agraria*, núm. 17.
- BOSERUP, Ester, 1970, “Population, the status of women, and rural development”, en *Woman's role in economic development*, Earthscan, Londres y Nueva York.
- CHANT, Sylvia y Nikki CRASKE, 2007, *Género en Latinoamérica*, Publicaciones de la Casa Chata/Ciesas, México.
- FORTES, Meyer, 1971, *Introduction. The developmental cycle of domestic groups*, editado por Jack Goody, Cambridge University Press, Cambridge.
- FULLER, Norma, 1998, “La constitución social de la identidad de género entre varones urbanos de Perú”, en Teresa VALDÉS y José OLAVARRÍA, *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, Flacso, Santiago de Chile.
- GAKIDOU, Emmanuela, Rafael LOZANO, Eduardo GONZÁLEZ, Jesse ABBOTT, Jeremy BAROFSKY, Chloe BRYSON, Dennos FEEDHAN, Diana KEE, Héctor

- HERNÁNDEZ y Christopher MURRAY, 2007, “Evaluación del impacto de la reforma mexicana de salud 2001-2006: un informe inicial”, en *Salud Pública Mex* 49, supl. 1:S88-S109.
- GARCÍA, Brígida y Orlandina de OLIVEIRA, 1994, *Trabajo femenino y vida familiar en México*, El Colegio de México, México.
- GLASER, Barney y Anselm STRAUSS, 1967, *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, Aldini Publishing Company, Nueva York.
- GUTMANN, Matthew, 1998, “El machismo”, en Teresa VALDÉS y José OLAVARRÍA, *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, Flacso, Santiago de Chile.
- GUTMANN, Matthew, 2000, *Ser hombre de verdad en la ciudad de México. Ni macho ni mandilón*, El Colegio de México, México.
- GONZÁLEZ DE LA ROCHA, Mercedes, 2005, *Espirales de desventajas: pobreza, ciclo vital y aislamiento social*, Ponencia presentada en el X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y la Administración Pública, 18-21 de octubre, Santiago de Chile.
- KABEER, Naila, 1998, “Gender, demographic transition and the economics of family size: population policy for human-centred development”, en *International workshop. Population, poverty and environment*, 26-30 de octubre, mimeo, Roma.
- KNAUL, Felicia, Héctor ARREOLA, Oscar MÉNDEZ, Chloe BRYSON, Jeremy BAROFSKY, Rachel MAGUIRE, Martha MIRANDA y Sergio SESMA, 2007, “Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México”, en *Salud Pública Mex*, 49, supl. 1:S70-S87.
- LAGARDE, Marcela, 2003, *Los cautiverios de las mujeres: madres posas, monjas, putas, presas y locas*, PUEG/UNAM, México.
- LEAL, Gustavo, 2005, *Seguro popular: apenas una aspirina orientada solo a “financiar” los servicios*, Foro sobre Seguro Popular. Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 31 de enero, México.
- MIER Y TERÁN, Marta y Cecilia RABELL, 1983, “Características demográficas de los grupos domésticos en México”, en *Revista Mexicana de Sociología*, 45 (1).
- MONTESINOS, Rafael, 2002, “La masculinidad ante una nueva era”, en *El Cotidiano*, (16) 113.
- NAZAR, Austreberta, 2005, *Enfermedades crónicas en Chiapas: epidemiología, barreras sociales y necesidades de atención en población adulta*, proyecto en ejecución, financiado por Fondos Mixtos Conacyt/Gobierno del Estado de Chiapas.
- OLAIZ, Gustavo, Rosalba ROJAS, Carlos AGUILAR, Juan RAUDA, Salvador VILLALPANDO, 2006, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*, Instituto Nacional de Salud Pública, en www.insp.mx/ensanut/consultado en noviembre, 2006, México.
- OLIVEIRA, Orlandina de, Marielle PEPIN y Vania SALLES, 1989, *Grupos domésticos. Reproducción cotidiana*, UNAM/El Colegio de México, México.
- OLIVEIRA, Orlandina de, Marcela ETERNOD y María de la Paz LÓPEZ, 1999, “Familia y género en el análisis demográfico”, en Brígida GARCÍA, *Mujer, género y población en México*, El Colegio de México/Sociedad Mexicana de Demografía, México.
- ORTIZ, Guillermo, 2006, *Círculos virtuosos y viciosos: crecimiento y reducción de la pobreza en América Latina*, Banco de México, en www.banxico.org.mx.
- PEÑA, Gonzalo, 1998, “Masculinidades hegemónicas: trampas y resistencias al cambio”, en Teresa VALDÉS y José OLAVARRÍA, *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, Flacso, Santiago de Chile.

- PERRY, Guillermo, Omar ARIAS, Humberto LÓPEZ, William MALONEY y Luis SERVÉN, 2007, *Reducción de la pobreza y crecimiento: círculos viciosos y círculos virtuosos*, Informe del Banco Mundial, en www.banxico.org.mx.
- RAMÍREZ, Santiago, 1988, *El mexicano, psicología de sus motivaciones*, Enlace/Grijalbo, México.
- RIVERA Juan y Teresa SHAMAH, 2007, “Análisis crítico de la evolución de la mala nutrición durante las últimas décadas en México: resultados de niños”, en *Salud Pública Méx*, 49, XII Congreso de Investigación en Salud Pública.
- ROBICHAUX, David, 2003, “El sistema familiar mesoamericano y sus consecuencias demográficas”, en *Papeles de Población*, núm. 32, Toluca.
- ROBICHAUX, David, 2007, “Introducción”, en David ROBICHAUX, *Familias mexicanas en transición. Unas miradas antropológicas*, Universidad Iberoamericana, México.
- ROHLFS, Izabella, Carme BORRELL y M. do C. FONSECA, 2000, “Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos”, en *Gac Sanit*, 14, supl. 3.
- ROUDINESCO, Élisabeth, 2006, *La familia en desorden*, FCE, México.
- RULL, Juan, Rosalba ROJAS, Juan RÍOS, Francisco GÓMEZ y Gustavo OLAIZ, 2005, “Epidemiology of type 2 diabetes in Mexico”, en *Archives of Medical Research*, (36).
- RUIZ, Miguel, Antonio ESCOLAR, Eduardo MAYORAL, Florentino CORRAL e Isabel FERNÁNDEZ, 2006, “La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades”, en *Gac Sanit*, 20, supl. 1.
- SALGADO DE SNYDER, Nelly y Rebeca WONG, 2007, “Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez”, en *Salud Pública Méx*, vol. 49(4).
- SALLES, Vania y Rodolfo TUIRÁN, 1998, “Cambios demográficos y socioculturales: familias contemporáneas en México”, en Beatriz SCHMUKLER (coord.), *Familias y relaciones de género en transformación*, Edamex y The Population Council, México.
- SARKADI, Anna y Urban ROSENQVIST, 2002, “Social network and role demands in women's type 2 diabetes: a model”, en *Health Care for Women International*, (23).
- SEIDLER, Víctor, 2002, *La sinrazón masculina. Masculinidad y teoría social*, UNAM/Ciesas, México.
- SEN, Amartya, 1989, “Cooperation, inequality and the family”, en Geoffrey MCNICOLL y C. MEAD, *Rural development and population: Institutions and policy. Population and development review*, a supplement to vol. 15, Oxford University Press, Nueva York.
- SIGURDARDÓTTIR, Árún, 2005, “Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care”, en *Journal of Clinical Nursing*, 14.
- SOUSA, Valmi y Jaclene ZAUSZNEWSKI, 2005, “Toward a theory of diabetes self-care management”, en *The Journal of Theory Construction & Testing*, 9 (2).
- SSA, 2000, “Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes”, en *Diario Oficial de la Federación* 7 de abril, México.
- SSA, 2004, *Mortalidad por diabetes mellitus. Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas*, SSA, México.
- SSA, 2005, *Seguro Popular*, en www.ssa.gob.mx/index_2004.html, consultado en octubre.

- TAYLOR, Steve y Robert BOGDAN, 1984, *El trabajo con los datos. El análisis de los datos en la investigación cualitativa. Introducción a los métodos cualitativos en investigación*, Paidós Ibérica, Barcelona.
- TOLJAMO, Maija y Maija HENTINEN, 2001, “Adherence to self-care and glycaemic control among people with insulin-dependent diabetes mellitus”, en *Journal of Advanced Nursing*, 34 (6).
- TRUJILLO, Laura y Austreberta NAZAR, 2007, *Género y salud. El autocuidado de la diabetes mellitus*, inédito.
- VALDÉS, Teresa y José OLAVARRÍA, 1998, “Ser hombre en Santiago de Chile: a pesar de todo, un mismo modelo”, en *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, Flacso, Santiago de Chile.
- VALLS LLOBET, Carme, 2000, “Desigualdades de género en salud pública”, en *Género y Salud. I Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud*, Ministerio de Asuntos Sociales/Instituto de la Mujer, España.
- VALLS LLOBET, Carme, 2007, “La invisibilidad de las mujeres para la ciencia. Invisibilidad de sus cuerpos”, en *Boletín de la Red Cubana de Género y Salud Colectiva*, año 6, núm. 1, marzo, capítulo cubano de la Red de Género y Salud Colectiva de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, disponible en http://mys.matriz.net/mys15/dossier/doss_15_01.html, consulta: 16 febrero 2007.
- VELA, Fortino, 2004, “Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa”, en María Luisa TARRÉS, *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*, Flacso/El Colegio de México, México.
- VELÁZQUEZ, Oscar; Martín ROSAS, Agustín LARA, Gustavo PASTELLIN, Claudia CASTILLO, Fause ATTIE y Roberto TAPIA, 2003, “Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México”, en *Archivos de Cardiología en México*, núm. 73 (1), ene-mar.
- WILD, Sarah, Gojka ROGLIC, Ander GREEN, Richard SICREE y Hilary KING, 2004, “Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030”, en *Diabetes Care*, núm. 27.
- WONG Rebeca, Mónica ESPINOZA y Alberto PALLONI, 2007, “Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento”, en *Salud Pública Méx*, núm. 49, supl. 4.

Emma ZAPATA MARTELO

Estudió Maestría y doctorado en Sociología en la Universidad de Texas, en Austin. Es profesora investigadora en el Colegio de Postgraduados en Ciencias Agrícolas en Montecillo, Estado de México. Impulsó la especialidad sobre estudios de género en la institución, dirigidos específicamente a la problemática de la mujer rural. Recibió el Premio Internacional de Investigación en Países en Desarrollo, otorgado por la Universidad Justus-Liebig, en Giessen, Alemania. Coordinó, con la Maestra Blanca Suárez varias emisiones del Programa de Estudios Micro Sociales Aplicados (PEMSA), auspiciado por la Fundación Ford y la Fundación

Grupos domésticos, pobres diabetes y género: renovarse o morir/L. TRUJILLO OLIVERA et al.

Rockefeller. Resultado de esta coordinación es el libro: *Ilusiones, sacrificios y resultados. El escenario real de las remesas de emigrantes a Estados Unidos*. Otras publicaciones: *Microfinanciamiento y empoderamiento de mujeres rurales; Women and power: fighting patriarchy and poverty*. Numerosos artículos de su autoría sobre las relaciones de género en el ámbito rural han aparecido en revistas nacionales y extrajeras. Pertenece a la Academia Mexicana de Ciencias desde 1997; es integrante del Sistema Nacional de Investigadores, nivel III. En 2006 obtuvo el Premio Nacional María Lavalle Urbina.

Correo electrónico: emzapata@colpos.mx

Austreberta NAZAR BEUTELSPACHER

Médica Cirujana por la Universidad Autónoma de Chiapas, Maestra en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Especialista en Epidemiología Aplicada por la Secretaría de Salud de México y los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos, y Doctora en Estudios del Desarrollo Rural por el Colegio de Postgraduados. Actualmente es Directora del Área Académica Sociedad, Cultura y Salud de El Colegio de la Frontera Sur. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores; del Sistema Estatal de Investigadores (Chiapas); de la Academia Mexicana de Ciencias, y premio Reconocimiento al Mérito Estatal de Investigación Científica (Chiapas). Una de sus publicaciones más destacadas es: *Does contraception benefit women? Structure, Agency and well-being in rural México* (en coautoría con Emma Zapata Martelo y Verónica Vázquez García).

Correo electrónico: anazar@ecosur.mx

Erin I.J. ESTRADA LUGO

Maestría en Botánica por El Colegio de Posgraduados y Doctora en Antropología Social por la Universidad Iberoamericana. Investigadora y alumna del Dr. Efraím Hernández Xolocotzi del Colegio de Postgraduados, 1988 a 1991. Directora del proyecto *Etnohistoria Botánica en el Siglo XVI en México, 1989 a 1991*. Su libro *El códice Florentino: su información Etnobotánica* fue acreedor de Mención Honorífica en el Certamen “Efraím Hernández Xolocotzi” en 1988, y ganador del concurso del Programa Conmemorativo del XXX Aniversario de la Fundación del Colegio de Postgraduados en 1989. Su tesis doctoral *Grupo doméstico y usos del parentesco entre los mayas macehuales del centro de Quintana Roo: El caso del Ejido Xhazil y anexos* obtuvo Mención Honorífica en el Concurso de Tesis de Doctorado, 2000-2005 del Programa de Posgrado en Antropología Social de la Universidad Iberoamericana. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores.

De 1996 a la fecha es investigadora en el Colegio de la Frontera Sur y miembro del Grupo de Estudios Interdisciplinarios sobre Mayas y Naturaleza.

Correo electrónico: eestrada@ecosur.mx

Laura Elena TRUJILLO OLIVERA

Maestría en Salud Pública por el Instituto Nacional de Salud Pública; Maestría en Docencia en Ciencias de la Salud por la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH); Doctora en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable por El Colegio de la Frontera Sur. Profesora de tiempo completo en la Facultad de Medicina Humana de la UNACH de 1991 a la fecha, donde ha impulsado el diseño curricular en posgrado. Coordinó el diseño curricular de la Maestría en Alimentación y Nutrición en la Facultad de Nutrición de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. Coordinó la edición del libro de texto *Los niños, las niñas y la salud* dirigida a escolares de primaria, financiado por el Gobierno del Estado de Chiapas; coordinó el libro *Egresados de la Facultad de Medicina de la UNACH*, en el 2005. Es responsable técnica del proyecto Fomix Maestría en Ciencias en Salud Ambiental y Enfermedades Transmisibles, financiado por Conacyt/Gobierno del Estado de Chiapas. Es integrante del Sistema Institucional de Investigadores de la UNACH y del Sistema Estatal de Investigación del Estado de Chiapas, nivel I.

Correo electrónico: ltrujillo@ecosur.mx