

CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN ENTRE FAMILIAS QUE HAN MIGRADO DEL CAMPO A LA CIUDAD. PRÁCTICAS Y AFECTACIONES A LA SALUD ENTRE POBLACIÓN NAHUA EN LEÓN, GUANAJUATO, MÉXICO

IVY JACARANDA JASSO MARTÍNEZ¹

UG, MÉXICO

<https://orcid.org/0000-0001-6474-1463>

MARISELA INFANTE ALATORRE²

UAM, MÉXICO

<https://orcid.org/0009-0003-4640-5783>

RESUMEN: *El texto expone algunos de los principales cambios en la alimentación detectados entre familias indígenas nahuas que migraron de un contexto rural a la ciudad de León, Guanajuato. La actual alimentación de estas familias está definida por las dinámicas urbanas que han debido adoptar, así como la mayor exposición a productos altamente procesados. Esto ha generado la manifestación de algunos padecimientos, como la diabetes, que acentúan la precariedad social que viven estas familias. Se hacen notar las diferentes valoraciones acerca de los alimentos entre los grupos etarios y la influencia que tiene el desempeño de la actividad laboral en los tiempos para la preparación de alimentos. Cabe entonces interrogarse acerca de si el desplazamiento espacial contribuye o provoca el desplazamiento en preferencias alimenticias. Nuestra aproximación al tema fue a partir de una metodología cualitativa que nos permitió conocer las prácticas de alimentación de un conjunto de familias nahuas, mediante visitas a sus domicilios, la realización de entrevistas y charlas informales.*

PALABRAS-CLAVES: *Alimentación, migración indígena, salud, vulnerabilidad social.*

ABSTRACT: *The text exposes some of the main changes in diet detected among Nahua indigenous families that migrated from a rural context to the city of Leon, Guanajuato. The current diet of these families is defined by the urban dynamics that they have had to adopt, as well as the greater exposure to highly processed products. This has generated the manifestation of some illnesses, such as diabetes, which accentuate the social precariousness that these families experience. Note the different assessments about food between age groups and the influence of the work activity has on the times for food preparation. It is therefore worth asking whether spatial displacement contributes to or causes displacement in food preferences. Our approach to the subject was based on a qualitative methodology that allowed us to know the feeding practices of a group of Nahua families, through visits to their homes, interviews and informal talks.*

KEYWORDS: *Feeding, indigenous migration, health, social vulnerability.*

¹ Doutora em Ciências Sociais, com especialidade em Estudos Rurais, pelo El Colegio de Michoacán. Professora em tempo integral na Universidade de Guanajuato. E-mail: ivyja@hotmail.com

² Doutoranda em Ciências Médicas Odontologia e Saúde, na linha de Antropologia em Saúde, da Universidade Autónoma do México. E-mail: punkiloc@hotmail.com

MARTÍNEZ, Ivy Jacaranda Jasso; ALATORRE, Marisela Infante. Cambios en la alimentación entre familias que han migrado del campo a la ciudad. Prácticas y afectaciones a la salud entre población nahua en León, Guanajuato, México. *Espazo Amerindio*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 65-81, jan./abr. 2023.

Introducción

La alimentación de los pueblos indígenas en México ha sido un tema ampliamente abordado. Algunos de estos estudios han documentado, por ejemplo: la comida ritual, la desnutrición y políticas de salud, los alimentos como patrimonio cultural, alimentos e identidad, cambios y transformaciones en la alimentación de pueblos originarios, la alimentación y salud, entre otros. No obstante, han sido pocas las investigaciones que analizan la alimentación de familias indígenas que residen en zonas urbanas.

Hoy en día en las zonas urbanas podemos observar un alto consumo de carbohidratos y alimentos industrializados. Esto debido a que existe un amplio mercado de dichos productos, los cuales pueden ser adquiridos por el consumidor en cualquier momento y comercio. En cambio, en las zonas rurales es posible que haya presencia de productos agrícolas y productos industriales, pero éstos no están disponibles con la misma facilidad que en las zonas urbanas; lo cual significa que el medio y la disposición de productos determinan en cierta medida las diferentes formas de alimentación en las poblaciones (MAGAÑA y SEVILLA, 2012). Pero además, también intervienen los significados atribuidos a los alimentos, su precio en el mercado y los recursos económicos para adquirirlos, así como los contextos de consumo. A esto se suman las afectaciones a la salud que pueden ser efecto de una dieta basada principalmente en la ingesta de alimentos industrializados.

Esto se relaciona con los resultados de un diagnóstico para América Latina realizado por González (s/f) para la ONU donde se menciona como una prioridad a atender entre población indígena migrante la salud: “entre los problemas de salud que enfrentan las personas indígenas migrantes se encuentran la nutrición deficiente, la falta de acceso a servicios médicos, la falta de programas de salud con enfoque intercultural, llevando a mayores incidencias de enfermedades prevenibles”.

Es entonces que en este artículo nos hemos propuesto dar cuenta de las problemáticas que enfrentan las familias indígenas migrantes que llegan a la ciudad de León, a partir de los cambios de una alimentación rural a una alimentación definida por dinámicas y productos del entorno urbano. Se trata de grupos en desventaja económica y con una carga cultural que, en contextos urbanos, se traducen en formas de exclusión social al acceso y compra de alimentos (BERTRAN, 2010), así como a los servicios de salud. El objetivo es identificar cambios en la alimentación de familias indígenas nahuas de la Sierra de Zongolica, Veracruz, y visibilizar algunas de las dificultades que se derivan de estos cambios en la salud de sus integrantes.

La ruta metodológica que seguimos fue de corte cualitativo-interpretativo, incluyó técnicas como la observación participante, entrevistas abiertas y charlas informales con varios integrantes de las familias. Durante el periodo de marzo-agosto del 2019 realizamos varias visitas a los hogares. Según Amos Rapoport (1972), la casa es una unidad espacial social y una institución en la que ocurren visiones del mundo; las

cuales se concretizan en los modos en que nos comportamos y cómo deseamos comportarnos, en la ropa que llevamos, los muebles que utilizamos, los alimentos que comemos, cómo los preparamos y cómo los comemos. Estos elementos nos llevan a identificar una vivienda como perteneciente a una cultura o subcultura (RAPOPORT, 1972, 69).

A este respecto, buscamos involucrarnos en actividades cotidianas como la compra y preparación de alimentos, así como los momentos destinados al consumo ritual (fiestas). Esto nos permitió conocer, de forma cercana, las prácticas de alimentación y padecimientos de salud de un conjunto de familias nahuas. Los testimonios que presentaremos corresponden a hombres y mujeres de entre treinta y cincuenta y cinco años de edad provenientes de comunidades rurales de la Sierra de Zongolica, en el estado de Veracruz (México). Cabe mencionar que para guardar la confidencialidad de las y los participantes usaremos seudónimos.

En lo sucesivo expondremos, los referentes teóricos en los que nos apoyamos; expondremos algunas de las características de la migración indígena náhuatl de la Sierra de Zongolica hacia las zonas urbanas; posteriormente hablaremos de las características de las familias y los cambios en sus hábitos de alimentación a partir de su integración al entorno urbano y algunas problemáticas de salud vinculadas a estos cambios. Por último, discutiremos algunas de las formas de atención a la salud a las que recurre esta población, así como los programas y medidas de atención que ha implementado el municipio de León con respecto a la población indígena.

Referentes teóricos

En antropología la alimentación es entendida como un conjunto de prácticas determinadas por factores sociales, económicos, políticos y culturales (MINTZ, 1996; POULAIN, 2012; DE SUREIMAN, 2019; PAGE, 2019). De acuerdo con Sidney Mintz (en BERTRAN, 2017) en cada sociedad la comida adquiere significados “externos” de acuerdo a la posibilidad de acceso a los alimentos; así como significados “internos” en torno a cómo las personas usan e incorporan los alimentos a su vida cotidiana. En ese sentido podemos entender que los comportamientos alimentarios son procesos complejos que comprenden tanto el nivel individual como el social, además se encuentran vinculados a procesos de producción, distribución y consumo; y que, añadiríamos aquí, se ven también influidos por factores de movilidad y desplazamiento.

Desde la antropología británica la alimentación, que en sus inicios se vinculó a la colonización, fue un tema de interés desde el cambio social, en especial a partir de las dinámicas alimentarias coloniales en el impacto nutricional de las colonias en los años 30 y 40 del siglo XX (2007), casi al mismo tiempo en EU Margaret Mead inauguraba los estudios sobre las costumbres alimentarias en ese país, tratando de conocer los hábitos alimenticios de los inmigrantes (CARRASCO, 2007).

Es entonces que las investigaciones en esta área no son nuevas y revisten distintas discusiones, pero lo que llama la atención son las actuales modificaciones que acontecen de forma tan rápida.

Con respecto a los estudios sobre población indígena, los estudios de Aguirre Beltrán en México fueron pioneros en problematizar el tema de la desnutrición en población indígena. Otros autores que han explorado diversas temáticas entorno a la nutrición y salud indígena son Miriam Bertran (2013); Adame Cerón (2013), entre otros.

Para comprender los cambios en la alimentación de familias indígenas provenientes de medios rurales que migran a la ciudad, seguiremos a Magaña y Sevilla (2012), quienes nos proponen dos modelos explicativos a partir de los cuales podemos comprender los comportamientos alimentarios de las sociedades en su sentido complejo y multifactorial.

El primer modelo está interesado en comprender las condiciones bajo las cuáles se presentan ciertos hábitos alimentarios: recursos disponibles en el ambiente; tipo de economía; características de los alimentos; y elementos culturales asociados a los alimentos. Este modelo está basado en la propuesta de Gonzalo Aguirre Beltrán que surgió en la década de los años 60 del siglo XX con la finalidad de comprender, como mencionamos, la condición nutricional de los pueblos indígenas en sus contextos (MAGAÑA y SEVILLA, 2012, 12). Cabe aclarar que la propuesta de Aguirre Beltrán contemplaba únicamente zonas rurales.

El segundo modelo surge a partir las aportaciones teóricas de Rojas González, quien buscaba comprender los comportamientos alimentarios y su transformación de manera procesual en periódicos históricos y en el cambio poblacional (MAGAÑA y SEVILLA, 2012, 13). Rojas González ha analizado la organización política de los grupos indígenas desde una perspectiva etnohistórica, y en sus trabajos muestra que en la economía india del México prehispánico, las maneras de producir, distribuir y consumir forman parte de un complejo sistema socioeconómico de los tianguis (en MAGAÑA y SEVILLA, 2012, 18).

Es a partir de estos supuestos que, en los siguientes apartados, trataremos de construir un análisis interpretativo acerca de los cambios en la alimentación y los problemas de salud que enfrentan un grupo de familias indígenas nahuas que han migrado de un contexto rural a la ciudad. Con ello intentamos ofrecer un análisis que busca destacar las correlaciones entre los elementos económicos, culturales y los factores sociohistóricos que intervienen en los comportamientos alimentarios, teniendo como posibles efectos problemáticas de salud que emergen en contextos marcados por desigualdades y discriminación.

Cuando las carencias abundan... Rasgos de la migración náhuatl de la Sierra de Zongolica hacia las zonas urbanas

El estado de Veracruz, en la parte sureste de México, reporta un alto índice de migración regional y estatal, y se ha convertido en las

últimas décadas en uno de los primeros expulsos de migrantes internos (PÉREZ, 2001), como es el caso de la Sierra de Zongolica.

Las familias nahuas con las que hablamos provienen de comunidades con alta marginalidad como Atlahuilco, Tequila y Soledad Atzompa, en la Sierra de Zongolica, en el estado de Veracruz (México). Las actividades laborales en estas zonas son la agricultura de subsistencia y la elaboración de muebles rústicos, así como la venta de madera (CÓRDOVA, 2012). Esta región se caracteriza por un grado de desarrollo Medio bajo, una Tasa de mortalidad infantil entre 46.2 y 48.8 siendo de las más altas en el estado, así como un Índice de Desarrollo Humano (IDH) bajo (Atlahuilco: 0.548, Tequila: 0.563, y Soledad Atzompa: 0.546, donde el IDH alto refiere a 0.800 y más) (CONAPO, 2001).

Las condiciones de escasez que viven las familias indígenas de la Sierra de Zongolica pueden entenderse como resultado de una serie de procesos que comenzaron en la década de 1990 con la entrada del modelo económico neoliberal (BERTRAN, 2010). Varios autores (CÓRDOVA, 2012; PÉREZ, 2001; BERTRAN, 2010) han documentado que los efectos de las modificaciones producto de las políticas neoliberales impactaron fuertemente a las comunidades campesinas de todo el país, pues la instalación de las grandes corporaciones provocó que se suspendieran los programas destinados al campo; y el desempleo adquirió dimensiones estructurales (RUBIO y PASQUIER, 2019).

Lo anterior se relaciona con la alteración de los ciclos de producción y el deterioro de los bosques; es decir, ha habido cambios drásticos en la disponibilidad de recursos alimentarios, así como en su medio ambiente. Esto ha provocado que, en las comunidades, los periodos de escasez de alimento y trabajo sean cada vez más extensos. Las siguientes narraciones dan cuenta de estas privaciones:

Nosotros no teníamos posibilidades de estudiar, sí había escuela, lo que pasa es que no había comida, por decir nos quedaba lejos, muy lejos de conseguir la comida; además trabajaba en el monte y a veces no hay trabajo..., y a veces como le gustaba a mi papá tomar, a veces en el mes de junio, julio, agosto, nos quedamos hasta sin comer en meses... y yo que crecí así viendo y dije: ¡Dios mío! Pues quien sabe si... nomás nosotros, pero no hay comida y sufrimos mucho, y dije: ¡pues sal a buscar la manera...! (JUAN, 2019, 43 años)

Allá se sufre mucho, a veces no hay ni pa' comer, pero hay gente que tiene dinero también y hay gente que no tiene dinero. Algunas mujeres ahorita ya se dedican a preparar la tierra para cosechar unos elotes, para cada familia siembran su pedazo de terreno de elotes para cuando llueve. Pero en el mes de frío no hay nada que comer, llueve todo el día y toda la noche, cómo sale uno a buscar comida, hay veces que ni siquiera hay leña para hacer, se la pasa uno bien... bien triste (INÉS, 2019, 35 años).

En estos registros narrativos la carencia y el hambre adquiere una dimensión afectiva que va más allá de la ausencia y deseo del objeto. Se transforman en algo que se instala en las corporalidades de los sujetos. De manera que las personas no alcanzan a nombrar la profundidad histórica de la desigualdad económica que les impacta, pero sí cómo ésta constituye una experiencia de vida a partir de nombrarla como tristeza o sufrimiento. En especial para las mujeres, quienes antes de migrar a las ciudades, nunca antes habían salido de sus comunidades.

Otros factores que se han sumado a esta crisis de hambre son los conflictos por las tierras y su privatización, así como la escasez de otros recursos.

A las mujeres les pagan setenta, cuando en el mes de marzo trabajan labrando la tierra para sembrar. Los hombres van al monte a cortar madera y les pagan cien pesos, está bien pesado. Y más que nada nosotros teníamos un monte bien bonito, pero, así como el hambriento..., todo lo acabamos...; y no nos quedó nada. Salimos porque también nos prohibieron de tumar árboles y pues ya nos vinimos para acá (JAIME, 2019, 43 años)

A este respecto, Jean-Pierre Poulain (2012) señala que la alimentación no es sólo un asunto de comida, es una cuestión de relaciones de poder, economía y política. Es así que la existencia de productos y alimentos no significa su acceso o consumo.

Es entonces que las familias que dependían de la actividad agrícola regional tuvieron que migrar a las ciudades para buscar otros nichos de trabajo (PÉREZ en CÓRDOVA, 2012, 214). Los primeros desplazamientos de las familias hacia las zonas urbanas iniciaron entre los años de 1992-1994. Y si bien los hombres salían para vender productos como muebles fuera de sus localidades, a nivel regional, el desplazamiento fuera de sus estados es relativamente reciente.

Características de las familias indígenas migrantes y su adaptación a la vida urbana

La ciudad de León se caracteriza por una dinámica industrial que condensa un sin número de servicios y economías de todo tipo. Desde hace más de treinta años familias indígenas, proveniente de distintas regiones rurales, han llegado a la ciudad de León con la esperanza de cubrir principalmente carencias de alimento, trabajo y educación. Se trata de grupos en desventaja económica y con una carga cultural que, en contextos urbanos, se traduce en formas de exclusión social, en particular respecto al acceso al trabajo y a la compra de alimentos de calidad (BERTRAN, 2010).

Según datos del Censo de Población y Vivienda 2020, en el municipio de León vivían para ese año 3, 521 hablantes de una lengua indígena de 5 años y más, destacando el grupo de los hablantes del idioma náhuatl como el más numeroso (con 815 hablantes), seguido del grupo de hablantes del idioma otomí, mazahua, lenguas mixtecas y purépecha (INEGI, 2023).

Los primeros desplazamientos de las familias nahuas hacia las zonas urbanas iniciaron entre los años de 1992-1994. A partir de las visitas a las casas de estas familias pudimos advertir las siguientes características: las familias suelen estar compuestas por ocho integrantes en promedio, incluyendo a los padres, aunque hay algunas que tienen de cinco a catorce integrantes. Por lo regular habitan en colonias de bajos recursos y en viviendas de materiales precarios. El patrón de asentamiento que han adoptado es cohabitar de manera extensa con otras familias para así poder pagar el alquiler de las viviendas. Esto constituye serios problemas de hacinamiento e higiene al interior de las viviendas.

Dentro de los hogares los recursos económicos y materiales son limitados. Pocas familias poseen parrillas de gas; la mayoría cocina en fogón, de esta manera pueden ahorrar gastos y seguir cocinando como en sus comunidades. Sin embargo, suelen usar maderas que reciclan, algunas de las cuales tienen residuos químicos u otros materiales. Tampoco poseen refrigerador, por lo que les es imposible almacenar alimentos.

Ante la poca especialización laboral y los bajos niveles educativos que poseen, estas familias han encontrado una fuente de trabajo en el comercio informal con la venta de flores. En esta actividad se han integrado casi todos los integrantes de las familias, ya sea en la venta o en la limpieza y cuidado de los productos.

Sin duda, para estas familias el adaptarse a la vida urbana (y a una actividad laboral específica) ha representado una serie de reconfiguraciones al interior de la unidad doméstica: en su organización, dinámica y hábitos alimentarios de sus integrantes. En el siguiente apartado veremos cómo estas características económicas de las familias se vinculan a nuevas prácticas alimentarias, así como a la resignificación de los alimentos.

Acostumbrando el paladar... la cultura alimentaria de la malnutrición y las afecciones a la salud

A partir del Tratado de Libre Comercio con EU y Canadá (TLC) la alimentación de la sociedad mexicana, especialmente en las zonas urbanas, se ha ido configurando como un problema de salud entre las clases menos favorecidas. Esto debido a que los alimentos básicos como granos, frutas y verduras han encarecido su precio. Al mismo tiempo los alimentos industrializados comenzaron a circular en el mercado a un menor precio; y con ello también circulan información e ideales de

progreso (BERTRAN, 2010). De acuerdo con Sidney Mintz (en BERTRAN, 2017) en cada sociedad la comida adquiere significados “externos” de acuerdo a la posibilidad de acceso a los alimentos; así como significados “internos” en torno a cómo las personas usan e incorporan los alimentos a su vida cotidiana.

Con respecto a las familias indígenas nahuas, la dieta común en sus comunidades de origen se compone de maíz nixtamalizado (hervido con cal y ceniza), chile, nopales, café, chicharos, acelgas, habas, calabazas, chayotes, y carne de pollo o de cerdo una vez al mes. En cambio, al llegar a la ciudad y adaptarse a la vida urbana han recurrido ha modificaciones al interior de la unidad doméstica, tal como nos lo narran a continuación:

[...] pues imagínese..., allá nosotros donde vivimos no hay tortillería, hay que comprar nixtamal, cocer, ir a moler y tortear. Aquí lo que se necesita es el dinero, si tienes dinero vas y te comprar algo de comer y allá no, allá qué vas a comprar si todas las casas tortean, todas las casas hacen su comida, quién sabe si te pueden vender, pero no creo. Y aquí pides en la tienda que te hacen una torta... o compras pizza, tacos, cualquier cosa (LAURA, 2019, 30 años).

Es importante señalar dos aspectos que modifican la dieta y la ingesta de alimentos entre estas familias: el primero es la integración de las mujeres e hijos/as al ámbito laboral, como ya comentamos. Las mujeres pasan al menos siete u ocho horas diarias trabajando en la venta de flores; de manera que destinan menor tiempo a las actividades del hogar y a la preparación de los alimentos. Además los niños y niñas a temprana edad acompañan a sus madres y familia en la venta de flores en las calles, o también en contribuyen con tareas sencillas o en el cuidado de los hermanos menores.

El otro aspecto se relaciona con que para estas familias el consumo de alimentos se organiza en función de las horas destinadas al trabajo. Es común que las horas de comida las prolonguen hasta que finalizan la jornada laboral, pues de la venta de flores depende que obtengan los recursos económicos para comprar los alimentos del día. Cabe mencionar que hay días en los que las ventas no son exitosas.

[...] aquí mi vida..., ps´... la siento... como muy acelerada como que no tengo tiempo ni de hacer nada. Muchos se desacostumbran a trabajar, allá estaba acostumbrado a trabajaba de lunes o hasta sábado, el domingo pues que iba a misa aquí, lunes, martes, miércoles, toda la semana en la calle, llegaba ya bien cansado nada más a cenar y a dormir, al día siguiente me levantaba temprano a hacer ramos y órale a la calle, todos los días era lo mismo, bueno hasta ahorita es lo mismo. Pero me no me acostumbro, esto no es vida le digo..., para mí no es vida (NORBERTO, 2019, 36 años)

Estas dinámicas generan cambios en los hábitos de alimentación (BERTRAN, 2010). Durante las horas de trabajo estas familias suelen atenuar la ausencia de alimentos con el consumo excesivo de refrescos y alimentos que posean alto contenido calórico, los cuales les proporcionan la energía que les permite seguir rindiendo durante la jornada de trabajo. Así, para las familias indígenas nahuas sus hábitos de alimentación cambian de ser poco variados a muy variables y determinados por su acceso a recursos y tiempo disponible para su consumo (BERTRAN, 2012).

Adicionalmente, el consumo de los alimentos industrializados crea conflictos y tensiones generacionales entre los miembros de las familias. En particular los jóvenes indígenas buscan participar del mundo capitalista a través del consumo de estos alimentos (BERTRAN, 2010). Laura narra algunos de los desacuerdos que tiene con su hijo de quince años con respecto a la comida:

[...] Como allá sembramos..., cortamos unas calabazas y le puse chile y jitomate y le dije al muchacho: ¡pruébalo! nosotros comíamos calabazas cocidas así sin nada; y me dijo: “ya no recuerdes, ya no recuerdes”; mira: “si antes comías eso ahora ¿para qué te lo estás comiendo?” Le digo para que veas que la comida está rica y natural; y me dice: “yo aquí estoy comiendo huevo, pero el día que yo me haga rico ya no voy a comer huevo (LAURA, 2019, 30 años)

Este desacuerdo da pistas de las posibles resignificaciones generacionales de los alimentos, ya que el consumo de ciertos alimentos (industrializados) permite asociarse a un estatus social. En esta línea Page (2019) menciona que las estrategias de marketing tienen resultado en el consumo frecuente, sumándose a los precios accesibles de las industrias del refresco, las cervezas y alimentos chatarra, que operan sin restricciones aún y cuando el daño que causan está reconocido.

Lo anterior también permite evidenciar que el acceso a alimentos que se consumían con anterioridad, en “el rancho” o comunidad de origen, es posible (se pueden comprar), pero en la ciudad son valorados de forma diferenciada (adquieren otro significado), por lo que su uso, preparación y consumo se modifica.

Las afecciones a la salud

Cuando visitamos a las familias nahuas, los dolores en las extremidades, la debilidad y el cansancio son un tema recurrente entre los integrantes de mayor edad. Estos padecimientos constantemente interfieren con su propósito de salir a vender flores. En cada familia, de las diez que visitamos, hay por lo menos un familiar que padece algún problema de salud.

Entre las enfermedades más comunes en adultos, están las enfermedades gastrointestinales y la diabetes mellitus. Y entre los niños y jóvenes son recurrentes los síntomas de desnutrición y alergias en la

piel debido a la exposición al sol durante las jornadas de trabajo. Además, también se presentan alergias en la piel por los pesticidas que les ponen a las flores.

Estos registros confirman lo que Juárez-Ramírez *et al.* (2014) encontraron a nivel nacional: amplios rezagos en salud entre población indígena que se evidencian con las enfermedades crónicas y la desnutrición como las dos principales causas de muerte entre adultos mayores, y altas tasas de mortalidad infantil y de muertes maternas. Es entonces que a partir de los testimonios de integrantes de estas familias fue posible relacionar los cambios alimentarios con algunos efectos negativos en la salud de las familias indígenas migrantes. Saúl narra lo siguiente:

Toño, mi hermano, agarro diabetes; mi otro hermano más mayor con diabetes se murió. Entonces por lo mismo aquí hay carne, pero hace daño, yo me acuerdo cuando ellos llegaron diario carne, diario coca. ¡Se nos hacía fácil! A veces vendía un mueble y había dinero para comprar carne del diario (SAUL, 2019, 45 años).

Hasta los niños mira, ya no quieren comer ni frijoles, ni sopa. Pero pues allá [en su comunidad] tienen que comer por lo menos tortillas de comal calientitas y una salsa de molcajete, con eso. Yo me acuerdo que allá no nos gustaba la comida, uno dice quiero comer carne. Apenas hasta llegar aquí a la ciudad me di cuenta que la carne también hace daño. Allá comíamos [carne] cada mes, cada quince días, a veces comíamos frijolitos, habas, chicharos; para ese entonces yo me sentía muy pobre de la comida, pero ahora me doy cuenta que es una comida saludable y pues no te afecta en nada. En realidad, aquí llegaron mis hermanos mayores y agarraron diabetes. Ahora allá [en su comunidad] ya hay mucho [sic.] diabetes también (SAUL, 2019, 45 años).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019 (ENSANUT) la diabetes Mellitus 2 es uno de los principales problemas de salud y la tercera causa de muerte entre la población mexicana. Dicha enfermedad está relacionada con los hábitos de alimentación, el sobrepeso y la obesidad, y el mayor número de casos se concentra en las zonas urbanas.

Si bien la diabetes y la obesidad son padecimientos físicos vinculados al sobreconsumo de alimentos, esto no significa que en las zonas urbanas se hayan superado la prevalencia de la malnutrición o la escasez. Miriam Bertran (2017, 3) argumenta que, como efecto de la globalización, en las zonas urbanas hay una mayor disponibilidad de alimentos, pero la calidad de estos y el acceso a su consumo es desigual. Es entonces que los grupos con mayores recursos económicos acceden a alimentos de mejor calidad, y por el contrario, los grupos con menos recursos consumen alimentos de menor contenido nutricional. En ese

MARTÍNEZ, Ivy Jacaranda Jasso; ALATORRE, Marisela Infante. Cambios en la alimentación entre familias que han migrado del campo a la ciudad. Prácticas y afectaciones a la salud entre población nahua en León, Guanajuato, México. *Espaço Ameríndio*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 65-81, jan./abr. 2023.

sentido, coincidimos con la autora en que la obesidad y la diabetes son manifestaciones de la pobreza y la desigualdad social (BERTRAN y FLORES, 2019).

Algunos de los adultos con diabetes ven disminuir sus actividades, y las complicaciones que esta enfermedad acarrea limitan aún más su aporte económico. Por lo que también se observan padecimientos como depresión, angustia, impotencia.

Paliativos ante la desconfianza médica. Estrategias de autoatención a la salud, entre las familias indígenas migrantes

Las familias indígenas que llegaron a la ciudad de León enfrentan problemáticas de salud complicadas. A diferencia del resto de la población leonesa, su acceso a los servicios de salud es limitado, y los distintos padecimientos que enfrentan son atravesados por la etnia, la clase y el género.

De acuerdo con Menéndez (2003), entendemos por autoatención las prácticas y representaciones que las personas o grupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender y curar su salud. La autoatención implica que la persona decida de manera autónoma, o por normas de la propia cultura, los tratamientos que habrán de seguir, incluidos la alimentación.

Cuando un integrante de estas familias nahuas enferma los gastos de la unidad doméstica se incrementan; las familias hacen ajustes aumentando las horas de trabajo o reduciendo el gasto en alimentos. Incluso las mujeres toman la responsabilidad de ser las principales proveedoras del hogar. En casos extremos, las familias adquieren un préstamo, y con ello deudas, para poder costear los gastos médicos de sus familiares. Otra estrategia que siguen es hacer uso de remedios. Tal como se leen en el siguiente testimonio:

Yo no puedo comer carne en las mañanas, eso me hace mucho daño. Tal vez en la tarde un poquito de carne. Antes yo tenía mucha gastritis, pero unas personas buenas [clientes] me dieron esa medicina, pero es muy fuerte, lo han tomado las personas que tienen cáncer, anginas... Mira cuando me pasó eso, hoy poco, ya no me arde el estómago, no antes me ardía todo esto [se toca la garganta], de repente me duele el estómago, pero ya poco. Y pues es bueno, es fuerte esa medicina, no parece medicina, es como agua. Esa fórmula viene de Alemania, de por aquellos lugares. No hay en las farmacias, está prohibido. Un día lo busqué en Google y al siguiente día ya no apareció. Esa medicina no quiere que salga a la venta, como es buena, ayuda a la gente hasta problemas de cáncer, están en contra los inspectores. Ahorita ya no le he tomado, pero cuando lo tomo no puedo tomar coca, no comer nada, porque me hace daño. La coca, ino' mbre, sabe horrible!, quita muchas sensaciones hasta la

comida te da asco. Entonces ahorita lo dejé de tomar para cuando no ande trabajando, tomarme otra dosis (GASTÓN, 2019, 42 años).

La mayoría de las familias con las que hablamos mencionaron estar afiliadas al sistema público de salud, pero con un estatus de adscripción caduco. Las familias nahuas tienen desconfianza de acudir a los servicios de salud públicos, consideran que este servicio, aunque es gratuito, es deficiente porque lejos de proporcionarles una atención, los exponen a posibles formas de discriminación. Las siguientes narrativas son un ejemplo de ello:

Etnógrafa: ¿Ustedes acuden al centro de salud?

Norma: sí, pero casi no los curan, no saben. El problema es que no les dan medicamento, casi no les ponen atención. Una vez se enfermó está [niña] y me dijo que eran anginas y le dio inyecciones y luego se le hizo el ojo con sangre, lo llevamos con otra doctora [particular] y dijo que no, era la garganta, dijo que era infección en los oídos y por eso se le fue la sangre al ojo. Por eso digo que ahí [en el centro de salud] no saben (NIA, 2019, 35 años).

Para acceder a una consulta gratuita, en los Centros de Salud, deben esperar un turno desde las cinco de la mañana hasta las siete que inicia el horario de consulta. Sin embargo, ante la sobredemanda de estos centros (y las diez consultas que se destinan por día), es probable que no alcancen consulta. Acudir a estos servicios de salud representa para estas familias perder días de trabajo.

En consecuencia, suelen acudir al servicio médico particular, a farmacias populares, con “los hueseros”, utilizan remedios caseros o recurren a la venta clandestina de medicamentos.

sí pagamos [el servicio médico privado] es más rápido, sino aquí en el Centro de salud. El problema es que ahí tienes que sacar la ficha y luego hasta un mes o dos meses para sacar la cita. El problema es que aquí nos estamos muriendo, no tenemos para un mes o dos meses, aquí es para el instante (PEDRO, 2019, 38 años).

Durante nuestra intervención pudimos constatar que la mayoría de las personas con diabetes no sigue un tratamiento adecuado, ya que esto implica comprar y consumir varios medicamentos que sólo controlan sus niveles de glucosa, pero no son una solución a su padecimiento y tampoco les trae mejorías físicas ante el agotamiento que la diabetes les produce. Únicamente suelen acudir con los médicos particulares o farmacéuticos para que les receten vitaminas que le ayuden a recuperar la vitalidad en sus cuerpos. En este sentido, la autoatención también puede incluir formas de descuido por decisión.

Como mencionamos, también recurren a los “hueseros” (personas que no tienen un certificado médico pero que practican masajes sobre los huesos para aliviar dolencias), a diferencia de los médicos, son a éstos a quienes les tienen mayor confianza. El huesero ofrece un trato directo con el paciente y con la enfermedad localizada en el cuerpo. Acuden para tratar casi todo tipo de padecimientos; incluso ahorran dinero para acudir con el huesero de su comunidad de origen. La siguiente narrativa es un ejemplo, a grandes rasgos, de los distintos ámbitos de atención a los que recurren las familias indígenas migrantes.

Mi hermano sí se enfermó; fíjese que empezó a hacer una yaga en el pie gordo [se toca el pie gordo [sic.] Ya luego su hija lo llevó al doctor, se lo revisaron y que tenía una espina, lo operaron, pero no le pusieron nada de medicamento para no infectarle, pero se le infectó, no pues se le hizo bien hinchado el pie [se toca su pierna y con las manos ejemplificar el tamaño de la hinchazón del pie de su hermano]. Y si lo vamos a llevar lo van a corta el pie; entonces ¿híjole que vamos a hacer?, entonces lo llevamos con una señora que sabe sobar. Y sí lo sobó bien fuerte y como no le puso nada de anestesia sí le dolió bastante a mi hermano, y como que hizo fuerzas, hizo fuerzas entonces ya se le sacó el punto de sangre, se le bajó lo hinchado. Y como al tercer día lo llevamos para que lo revisara y dice: “no, pero ya vamos bien, porque ya se bajó lo hinchado, ya se va a aliviar” [dijo la señora]”. Y luego amaneció con una ampolla por acá en la boca. Y otro día amaneció hinchado por acá [en el cuello]. Entonces ya lo íbamos a llevar aquí por la clínica de San Sebastián, pero ya no nos aceptaron; y nos mandaron para el hospital general. Y dice [el doctor]: “a ver vamos a intentarlo de operarlo”, entonces le metieron y le cortaron acá [en el cuello] para que van a poner una manguera y cuando le cortaron, que la sangre se fue derecho al corazón y se paró el corazón, ahí falleció (PEDRO, 2019, 38 años).

En la narrativa de Pedro destaca que el único momento en el que su hermano y su familia sintieron bienestar fue cuando acudieron con la señora que soba; mientras que en las instituciones médicas, las explicaciones del padecimiento de su hermano son narradas como momentos de incertidumbre y riesgo de muerte. Esto se relaciona con la afirmación de Menéndez (2003) respecto que la autoatención surge como una alternativa de las personas ante la poca eficacia que atribuyen al modelo biomédico.

La salud desde las instituciones

A pesar de que, hace más de treinta años que las familias indígenas llegaron a la ciudad, el municipio de León no tiene programas específicos de atención a la salud indígena. Desde el Consejo Consultivo Indígena de León (instancia oficial reconocida por el gobierno local en 2011), a través de la comisión de salud, ha habido pequeños intentos de promoción a la salud a partir de considerar a estas familias como grupos “vulnerables” en general. Por ejemplo: campañas de salud visual, campañas de afiliación a servicios de salud pública, campañas de atención bucal, talleres de alimentación saludable, campañas de vacunación, entre otras. Sin embargo, estos intentos de “atención” resultan fallidos porque no toman en consideración las condiciones de vida y necesidades reales de esta población.

En el año 2018, como una línea de acción por parte del Consejo Consultivo Indígena, el municipio leonés (a través de la Comisión de Salud) instaló, cerca de las colonias donde habitan las familias indígenas, unidades móviles para brindar revisiones de salud bucal, pruebas de glucosa, detección de cáncer de mama y revisiones generales. Esto como medida de atención especial para las familias indígenas. La queja de los promotores de salud fue que ninguna persona se acercó a las unidades móviles de salud. Los promotores de salud argumentaron que a la población indígena no le interesa atender su salud y que prefieren mantener hábitos de vida no preventivos, poco saludables y antihigiénicos.

Sin embargo, los horarios en las que estas unidades fueron instaladas, se traslapaban con los horarios en que las familias salen a trabajar, por ello hubo poca respuesta. Otro aspecto a destacar es la falta de una promoción adecuada de estos servicios, ya que no hay reuniones previas con las familias y los mensajes de estas campañas no se difunden en alguna de las lenguas indígenas más habladas en el municipio. Por otro lado, para las detecciones de cáncer de mama no se informa a la población cómo son las pruebas, para qué sirven, o en qué consisten. Adicionalmente, para la población indígena aún persisten algunos tabúes en torno a que el cuerpo de la mujer no debe ser expuesto ante un médico varón.

También se impartieron algunos talleres sobre alimentación saludable, y se planteaba la adopción de un estilo de vida que las familias indígenas no pueden llevar a cabo debido a las condiciones socioeconómicas en las que se encuentran, ya que algunas ideas de “saludable”, “sano” y “no sano” resultan poco significativas para las poblaciones indígenas. Además se trata de alimentos que no están disponible en las tiendas del barrio o que requieren mayor inversión de tiempo para su preparación.

Conclusiones

Como comentarios finales nos gustaría reiterar que, para las familias indígenas nahuas, el hambre no es una carencia superada por la amplia disposición de alimentos en los contextos urbanos. El hambre sólo adquiere otras formas y se manifiesta en sus cuerpos de otra manera. En algunos casos se enfrentan a padecimientos y enfermedades desconocidas ante las cuales no cuentan con experiencia, por lo que recurren a una diversidad de estrategias. En esta línea el habitar en la ciudad no ha significado un acceso a la salud pública, si bien pueden acudir a instituciones privadas su precio rebasa en mucho sus ingresos, lo que los coloca en situaciones financieras muy comprometidas.

Las modificaciones en sus hábitos de alimentación y lo que consumen de forma cotidiana en la ciudad también está modificando los significados y valores asociados a los sistemas alimentarios que se constituyen en las localidades de origen. Las generaciones más jóvenes priorizan el consumo de productos industrializados que los acercan a los ideales y valores de una “vida moderna”.

Cabe mencionar que los problemas de nutrición que presenta esta población no se circunscriben únicamente a sus cuerpos físicos, sino que en estos padecimientos se encriptan relaciones de exclusión y desigualdad que vale la pena evidenciar. Además de padecimientos no físicos que es necesario registrar. La falta de protección desde la esfera pública que viven estas familias acentúa las desventajas que ya viven en las ciudades.

Por ello consideramos que es necesario seguir realizando investigaciones que coadyuven a la creación de políticas públicas enfocadas a mejorar el acceso a los servicios de salud para las familias indígenas, sin que se estigmatice sus formas de vida. Y no solo en la ciudad sino también en las comunidades de origen.

Llama la atención que la diabetes se vuelve común en estas familias, incrementándose también en sus lugares de origen, lo que puede relacionarse con el regreso de integrantes de la familia con este padecimiento o con cambios que es necesario observar en sus localidades. Es por tanto que consideramos importante abogar por programas de atención a la salud que sean sensibles a las formas particulares en las que estas poblaciones entienden y padecen alguna enfermedad. Además de que se busque rescatar y fortalecer las dietas originarias de las comunidades indígenas.

Referencias bibliográficas

ADAME CERÓN, M. A. (coord.). **Alimentación en México, ensayos de antropología e historia**. México: Ediciones Navarra, 2013

BERTRAN, M. Un acercamiento antropológico de la alimentación y la salud en México. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Río de Janeiro, 20, 2, pág. 387-411, 2010

BERTRAN, M. Reflexões sobre a análise antropológica alimentação da no México. En MENASCHE, R.; ALVAREZ, M.; COLLAÇO, J. **Dimensões socioculturais da alimentação: diálogos latino-americanos**. Porto Alegre: Ediciones da UFRGS, pág. 29-44, 2012

BERTRAN, M. Domesticar la globalización: alimentación y cultura en la urbanización de una zona rural en México. **Anales de Antropología**, México, vol., num., pág., 2017. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.antro.2017.05.003>. Consultado el: 15 de abril de 2021

BERTRAN, M. La alimentación indígena de México como rasgo de identidad (ponencia). 2013. Disponible en: <https://www.geocities.ws/congresoprograma/8-10.pdf> . Consultado el 14 de agosto de 2020

CARRASCO H., Noelia. Desarrollos de la antropología de la alimentación en América Latina: hacia el estudio de los problemas alimentarios contemporáneos. **Estudios sociales**, vol. 15, núm. 30, Hermosillo, julio-diciembre, pág. 79-101, 2007

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO). México, Índices de desarrollo humano 2000. México: CONAPO, 2001. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/211/1/images/desarrollo_humano.pdf Consultado el: 01 de marzo de 2023.

CÓRDOVA PLAZA, R. “Sin el bosque o queda más que irse”: Migración internacional entre nahuas de Atlahuilco, Veracruz. **Migraciones internacionales**, Tijuana. vol. 6, num. 4, pág. 209-241, 2012

DE SUREIMAN, C. E. Los “oficios” del niño guía. Niñez, imaginario y prácticas del patrimonio en México. Desacatos. **Revista de Ciencias sociales**, núm. 61, México, septiembre, pág. 114-129, 2019

GONZÁLEZ, G. Cinco aspectos claves sobre la migración de pueblos indígenas. **ONU Migración. Oficina regional para Centroamérica, Norteamérica y el Caribe**. Costa Rica: ONU, s/f. Disponible en: <https://rosanjose.iom.int/site/es/blog/5-aspectos-clave-sobre-la-migracion-de-los-pueblos-indigenas> . Consultado el: 12 de octubre de 2021

GOOD ESHELMAN, C. Prácticas alimentarias en México y el papel estratégico de los mercados y ferias campesinos. **Mirada anotopológica**, México: BUAP, vol. 14, núm 17, pág. 119-142, 2021

MARTÍNEZ, Ivy Jacaranda Jasso; ALATORRE, Marisela Infante. Cambios en la alimentación entre familias que han migrado del campo a la ciudad. Prácticas y afectaciones a la salud entre población nahua en León, Guanajuato, México. **Espaço Ameríndio**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 65-81, jan./abr. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI). Censo de Población, y Vivienda 2020. México: INEGI, 2023. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/>. Consultado el: 19 de febrero de 2023

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados Nacionales, México: INSP, 2020, Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/resultados/ensanut2018/informes.php>. Consultado el: 24 de septiembre de 2022

JUÁREZ-RAMÍREZ, C. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. **Rev Panam Salud Publica**, OPS, vol. 35, num. 4, pág. 284–90, 2014

MAGAÑA GONZÁLEZ, C. R.; SEVILLA GARCÍA, Y. L. Alimentación indígena mexicana: reflexiones antropológicas para el estudio del comportamiento alimentario. **Revista Mexicana de Investigación en Psicología**, México, vol. 4, pág. 10-21, 2012

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciencia & Saúde Coletiva**, vol. 8, 1, pág.185-207, 2003 Disponible: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf> Consultado el: 14 de agosto de 2021

MINTZ, S. **Dulzura y poder. El lugar del azúcar en la historia moderna**. México: Siglo XXI Editores, 1996

PAGE Pliego, J. Dulce exterminio: refresco y cerveza como causa desencadenante y complicaciones de la diabetes en mayas de Chiapas, México. *Medicina Social*, vol.12, 2, pág., 2019. Disponible: <http://www.medicinasocial.info> . Consultado el: 12 de marzo de 2021

PÉREZ MONTEROSAS, M. Buscando el norte: la nueva migración de veracruzanos a Estados Unidos. **El Cotidiano, México**. vol. 18, núm. 118, pág. 9-21, 2001

RAPOPORT, A. **Vivienda y Cultura**. Milwaukee: University of Wisconsin, 1972

RUBIO, B.; PASQUIER, A (comp.). **Inseguridad Alimentaria y políticas de alivio a la pobreza. Una visión multidisciplinaria**. México: LIBRUNAM, 2019

Recebido em: 16/03/2023 * Aprovado em: 10/04/2023 * Publicado em: 30/04/2023
