

MIGRACIÓN MÉXICO-ESTADOS UNIDOS Y PRÁCTICAS EN SALUD DE MUJERES ADULTAS MEXICANAS

Ietza Bojorquez, Cecilia Rosales, Alexandra Angulo, Jill de Zapien, Catalina Denman, Hala Madanat

INTRODUCCIÓN

Las prácticas en salud se encuentran entre los principales determinantes del desarrollo de enfermedades crónicas (World Health Organization, 2011). El sedentarismo, y una alimentación hipercalórica, rica en grasas y carbohidratos simples, y baja en nutrientes esenciales, se asocian con un mayor riesgo de desarrollo de síndrome metabólico, hipertensión, diabetes, así como algunos cánceres (Ezzati and Riboli, 2013). Estas enfermedades en su conjunto representan actualmente la mayor parte de la carga de la enfermedad a nivel mundial, por lo que comprender los factores que facilitan su aparición es un tema importante para la salud pública.

Aunque la literatura en salud pública frecuentemente entiende a los estilos de vida como una serie de conductas a nivel individual, estas dependen también de condiciones estructurales (Cockerham, 2005; Cohn, 2014). Las prácticas asociadas a la salud, como es el caso de las de alimentación y actividad física (AF) ocurren en la intersección entre la agencia individual, y las estructuras sociales en que los individuos se encuentran situados (Cockerham, 2005), de modo que para comprenderlas es necesario abordar ambos aspectos en paralelo.

La migración, al modificar la posición del individuo en entornos sociales diversos, puede ser considerada un determinante social de la salud. Aunque las condiciones migratorias pueden ser muy variadas, y más o menos favorables (Organización Internacional para las Migraciones (OIM), 2013), los migrantes experimentan cambios en sus relaciones sociales, en sus condiciones de empleo y oportunidades materiales, en el papel que juegan y el prestigio que gozan en sus comunidades, y en las normas culturales y sociales en que se ven inmersos. Estas modificaciones, a su vez, pueden acompañarse de cambios en las prácticas asociadas a la salud. La migración México-Estados Unidos es uno de los fenómenos poblacionales más antiguos y de mayor volumen a nivel mundial (Organización Internacional para las Migraciones (OIM), 2013). Los cambios en las prácticas en salud de los migrantes mexicanos en EU han sido ampliamente estudiados, sin embargo en muchos de estos estudios han faltado, por un lado una comprensión más profunda del papel relativo de las normas culturales y las condiciones materiales (Hunt et al., 2004), y por otro una óptica internacional, que considere no sólo en el contexto de la sociedad receptora, sino también en el del lugar de origen (Acevedo-Garcia et al., 2012; Salgado de Snyder et al., 2007).

La investigación acerca de los mexicanos en EU muestra en general que la migración se acompaña de la adopción de una dieta más moderna o globalizada, incluyendo un mayor consumo de alimentos preparados y comida rápida, y una disminución en el de alimentos tradicionales mexicanos. Este cambio podría traer consigo una disminución en la calidad nutricional de la alimentación, y un aumento en el riesgo de enfermedades crónicas (Ayala et al., 2008). El

panorama, sin embargo, es más complejo, ya que el cambio no se produce de manera automática, ni es igual para todos los migrantes. Los migrantes de primera generación tienden a conservar sus patrones alimentarios, y son sus hijos nacidos en EU, o los que llegaron de pequeños a ese país, quienes muestran los cambios más marcados (Sofianou et al., 2011; Perez-Escamilla, 2011). Además, el nivel socioeconómico (NSE) modifica el efecto de la migración sobre la alimentación. En el estudio de Creighton et al. (2012), los migrantes con mayor ingreso y nivel educativo tendían a consumir más frutas y verduras, y menos comida rápida, independientemente de la generación de migración. Otro estudio con hijos de migrantes mostró que la dieta de los niños empeora en generaciones de migración sucesivas si la familia es de NSE bajo, pero en las familias de NSE alto la generación de migración no hace diferencia en la calidad de la dieta (Martin et al., 2015). Por su parte, la asociación entre migración México-EU y actividad física (AF) muestra un patrón combinado, en el que más tiempo en EU y una generación posterior de migración se asocian por un lado con una mayor probabilidad de desarrollar AF recreativa, pero también con menor probabilidad de AF en la vida cotidiana (transporte o laboral) (Abraido-Lanza et al., 2005; Ham et al., 2007; Afaible-Munsuz et al., 2010; Berrigan et al., 2006). Esta asociación puede explicarse por las condiciones laborales: mientras que la primera generación de migrantes tiende a emplearse en actividades que requieren esfuerzo físico (agricultura, construcción, limpieza de casas), generaciones subsecuentes se insertan en actividades más sedentarias (Creighton et al., 2012). Además, al igual que en otros grupos poblacionales, entre los migrantes mexicanos un mayor nivel educativo se asocia con mayor práctica de AF recreativa, y el NSE tiene un efecto de sinergia con el uso del idioma inglés (un indicador de aculturación) en la práctica de AF recreativa (Echeverría et al., 2013).

Así, los estudios epidemiológicos muestran que la relación entre migración y prácticas en salud es compleja, y depende del contexto y posición social de los migrantes. El marco teórico más frecuentemente utilizado para entender los cambios en prácticas en salud asociados a la migración es de la aculturación. Definida como la adopción de normas culturales estadounidenses por parte de los migrantes, el modelo de aculturación ha sido criticado por presentar una visión excesivamente simplificada de la cultura, y por dejar de lado las condiciones objetivas de los migrantes en la sociedad receptora (Hunt et al., 2004). Uno de los supuestos del modelo de aculturación alimentaria es que los migrantes mexicanos (y latinoamericanos en general) consumían en su lugar de origen una dieta “tradicional”. Sin embargo, la globalización de la producción, venta y consumo de alimentos ha hecho que, para muchos de estos migrantes, los alimentos procesados o considerados típicos de la dieta en EU (pizzas, hot-dogs, etc.) hayan sido parte de sus prácticas de alimentación ya en el país de origen (Martínez, 2013), y las prácticas alimentarias de los mexicanos son diferentes según regiones, NSE y residencia rural o urbana (Flores et al., 2010; Long-Solís and Vargas, 2005), de modo que asumir que los migrantes consumían un mismo tipo de dieta en su lugar de origen, y que esta era necesariamente más saludable, representa una sobre-simplificación. Otro supuesto, el de que los cambios obedecen a la adopción de costumbres nuevas, deja de lado el análisis de cómo las condiciones de vida determinan la alimentación u otras prácticas (Martínez, 2013; Hunt et al., 2004). Además, pocos estudios sobre migración y prácticas en salud incluyen una visión internacional, que considere los

contextos sociales y culturales tanto del país de origen como del de destino, así como la situación de los migrantes de retorno (Salgado de Snyder et al., 2007; Acevedo-Garcia et al., 2012).

Atendiendo a lo anterior, en este artículo exploramos las prácticas de alimentación y AF de mujeres mexicanas con experiencia migratoria en EU. Los objetivos del estudio fueron describir las transformaciones de estas prácticas en diferentes etapas del proceso migratorio, explorando su asociación con la exposición a nuevas normas culturales y con los cambios en las condiciones objetivas de vida.

MÉTODOS

Entre junio de 2014 y mayo de 2015, llevamos a cabo un estudio cualitativo en Tijuana, México. La zona donde se realizó el trabajo de campo fue seleccionada por tener una gran cantidad de población con experiencia migratoria a EU. Tijuana, una ciudad de 1.5 millones de habitantes en la frontera México-EU, se caracteriza también por un elevado índice de migración interna, y por ser tanto un polo de atracción para migrantes internos, como un sitio de paso para los que desean cruzar a EU. La cercanía con California, y el haber estado aislada geográficamente de México durante la mayor parte de su historia, hacen de Tijuana un sitio intermedio, en el que se combinan elementos culturales de ambos países (Valenzuela, 2003).

La muestra intencional de participantes se obtuvo invitando a mujeres que vivían en la zona, y que habían vivido en EU, a participar en una investigación acerca de la relación entre migración y salud. La invitación se hizo a través de contactos en un centro comunitario local, en donde, en paralelo, las investigadoras estaban llevando a cabo un estudio de investigación participativa. Siguiendo el método de bola de nieve, se pidió a las entrevistadas que nos sugirieran otras posibles participantes. La entrevista iniciaba con preguntas acerca de la experiencia migratoria, tanto interna como internacional. Después, se exploraban las prácticas de alimentación (dieta, adquisición y preparación de alimentos, gustos) actuales y previas, y los cambios que la entrevistada percibía que habían ocurrido en estas prácticas a partir de la migración. Asimismo, se exploraban las prácticas de actividad física recreativa, y como parte de la vida cotidiana, actuales y previas, y los cambios asociados a la migración. En la entrevista se puso énfasis en la inserción de estas prácticas en el contexto social de la entrevistada, incluyendo las percepciones de accesibilidad a alimentos y espacios para la actividad física. Una de las investigadoras (AA) llevó a cabo las entrevistas, que fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas. Todos los procedimientos fueron aprobados por el Comité de Ética de El Colegio de la Frontera Norte.

A partir de los procedimientos descritos, obtuvimos una muestra de 27 participantes (Tabla 1). La edad promedio fue de 38 años. La mayor parte eran originarias del centro de México, sobre todo de Guanajuato, Michoacán y Jalisco. Diez de las participantes eran originarias de sitios rurales, pueblos o ciudades pequeñas, y el resto venían de zonas urbanas. Poco más de la mitad estaban casadas o en unión libre. El número promedio de hijos vivos era de dos, pero dos de ellas mencionaron que algunos de sus hijos habían muerto. La mayoría de las entrevistadas había

completado estudios de secundaria o preparatoria, y algunas de ellas habían estudiado en EU. La mayor parte de las participantes eran amas de casa, y algunas de ellas contribuían además al ingreso familiar vendiendo diversos productos o con trabajos temporales. Otras participantes trabajaban en el área de servicios en empleos de baja responsabilidad, en limpieza, como obreras en la industria maquiladora, o en labores profesionales como odontólogas o profesoras.

Siguiendo la estrategia analítica propuesta por la teoría fundamentada (Strauss and Corbin, 2002), el análisis inició con la codificación abierta del texto de las entrevistas de manera independiente por parte de dos de las investigadoras (IB y AA). Las investigadoras revisaron los códigos, fusionando aquellos que eran redundantes, y acordando una lista de códigos y sus definiciones, que se utilizó en una segunda ronda de codificación. A continuación, se definieron relaciones de los códigos entre sí, y con categorías de orden superior. Durante este proceso, se discutieron conclusiones preliminares con los miembros del equipo de investigación, lo que permitió incorporar nuevos elementos al análisis.

Aunque el método de la teoría fundamentada es principalmente inductivo, considera también aspectos deductivos (LaRossa, 2005). Desde una perspectiva construccionista, el análisis a partir de los datos no es una actividad que simplemente refleje la realidad, sino una informada por el marco teórico y la experiencia de los investigadores (Charmaz, 2000). En nuestro caso, el análisis retomó la perspectiva teórica acerca de las prácticas en salud propuesta por Cockerham (2005), y el concepto del habitus de Bourdieu (Williams, 1995; Bourdieu, 1984). En la definición de Bourdieu, el habitus es una propiedad de los actores sociales, que consiste en un sistema de disposiciones que dan forma a su acción. El habitus es aprendido por estos actores, como una forma de adaptación a situaciones sociales específicas, a las que responde y las cuales contribuye a mantener. Esta especificidad hace a su vez que el habitus distinga entre tipos de actores socialmente situados, de modo que personas en diferentes grupos sociales operan a partir de habitus diferentes. Extendiendo este concepto a las prácticas en salud, Cockerham propone que estas prácticas ocurren en la intersección entre disposiciones personales (pero correspondientes a habitus pre-formados) y circunstancias materiales que proporcionan las condiciones de posibilidad de estas prácticas (y dificultan o imposibilitan otras). De este modo, la propuesta de Cockerham, como la de Bourdieu, señalan la combinación de elementos agénticos y de determinación social en las prácticas en salud, evitando el riesgo tanto de un énfasis excesivo en los aspectos individuales que definen estas prácticas, como de considerarlas únicamente resultado de las condiciones sociales.

RESULTADOS

En esta sección, empezaremos describiendo los principales cambios experimentados por las entrevistadas en sus prácticas de alimentación y AF, situando los cambios asociados a la migración en el contexto general de la vida de las participantes. A continuación, detallamos tres aspectos que surgieron en las entrevistas: la adquisición de nuevos gustos en alimentación, la falta de recursos económicos al regreso a México, y la relación entre ocupación y prácticas en salud.

Trayectorias de cambio alimentario

En las entrevistas, identificamos dos tipos de patrones alimentarios, a los que denominaremos “mexicano tradicional” y “mexicano globalizado”. El primero incluye alimentos como frijoles, tortillas o chile, y guisos como pozole, menudo, enchiladas o chile relleno. En el norte de México, la tortilla de harina sustituye a la de maíz, pero otros elementos son similares. Una comida completa (Douglas, 1997) en este patrón incluye un guiso principal, acompañado de frijoles, tortillas y posiblemente arroz. El guiso principal está basado en carne o algún otro tipo de proteína, y generalmente (sobre todo en el sur de México) incluye verduras en la misma salsa o caldo. Esta alimentación es una mezcla de las tradiciones prehispánicas y españolas, que en conjunto con las tradiciones de otros grupos de migrantes a partir de la conquista fueron dando lugar a la cocina mexicana (Oseguera, 2003; Long-Solís and Vargas, 2005). En el segundo tipo de alimentación, se mantiene el mismo esquema general, y se incorporan alimentos e ingredientes procesados, como el cereal de caja, los enlatados, los purés o salsas comerciales, algunos tipos de embutidos o lácteos (salchichas, yogurt comercial), y comida rápida como hot-dogs o pizza. El adjetivo “globalizado” hace referencia al hecho de que estos alimentos, muchos de los cuales se originaron en EU, se han vuelto parte del consumo en la mayor parte de las zonas urbanas, y en muchas de las rurales, en todo el mundo (Hawkes, 2006).

A su vez, las trayectorias de cambio alimentario a lo largo de la vida de las participantes pueden clasificarse en tres grupos: de la inseguridad alimentaria a la dieta mexicana globalizada, de la dieta mexicana tradicional a la mexicana globalizada, y dieta mexicana globalizada constante. Un cuarto grupo, formado por participantes que crecieron en EU, si bien es similar al tercero, se caracteriza por haber experimentado de primera mano algunos aspectos particulares de la alimentación en EU (p. ej. las comidas en la escuela), por lo que las consideramos de manera separada.

En la trayectoria de la inseguridad alimentaria a la dieta globalizada, tres participantes describieron una infancia de pobreza, durante la cual la producción agrícola de autoconsumo y la recolección les permitían consumir alimentos básicos de la dieta tradicional mexicana, pero probablemente en cantidad insuficiente. Dos de ellas habían crecido en zonas rurales, y la tercera en una ciudad que, en ese tiempo, aún era pequeña y daba acceso a zonas no habitadas, donde podían recolectarse vegetales.

P: Y de la alimentación, ¿cómo era en aquel tiempo tu alimentación? R: Uuuuuh [ríe] *pues le digo que vivíamos en la pobreza*, de hecho había veces que... o si almorzábamos, a veces no comíamos o si a veces había suerte almorzábamos, comíamos, cenábamos, pero hasta la alimentación era muy, o sea, no estábamos muy bien alimentados, y ya cuando yo me vine para acá si fue diferente. P: ¿Como qué cosas comían? R: Frijoles, que... P: ¿Tortillas? R: Ya ve que allá es muy fácil que en el campo pues ir a cortar los hongos, que las verdolagas, que los quelites, o sea cosas así. P: Sí, ¿vivían cerca del campo? R: Este, porque a pesar de que vivíamos en la ciudad. Pues era en... a las orillas, que siempre, pues ya ve que allá, allá lo que tienen allá en el sur es que donde ahí que sale pasto y eso, salen

hongos, salen quelites, aunque no sea así en ranchos, aunque sea en la ciudad. Y pues se iba uno así en las orillas y cortaba uno, de hecho nos íbamos a lavar a un río, porque no teníamos agua, se juntaba la ropa así por semana y nos íbamos. (P07) [*Los textos en cursivas en esta y las siguientes citas son énfasis añadido por las autoras*]

Esta dieta basada en frijoles, tortillas y vegetales, podría interpretarse como una alimentación rica en fibra y nutrientes, baja en grasas y carbohidratos simples, y otros elementos que, de acuerdo con las recomendaciones nutricionales actuales, son parte de una alimentación saludable. Sin embargo, la descripción muestra que se trata de una situación de inseguridad alimentaria. La misma participante, en otra parte de la entrevista, describe un gusto por la grasa que ella misma explica como parte de su situación de carencia:

... porque yo me acuerdo luego que, no me acuerdo a quien le decía que me acuerdo que cuando estábamos niñas, *igual a la mejor era por la situación que vivíamos*, allá hacían el caldo de res y siempre, ay, que le ponían un pedazo así como de gordo, de lo que es la pura grasa y ahora me acuerdo y hasta me da asco, pero cuando uno veía eso, lo agarrábamos y lo cortábamos así y lo poníamos en el comal y que estaba bien así bien.. (P07)

Al crecer, estas participantes migraron a ciudades mayores, y a EU, e incorporaron elementos globalizados en sus dietas. De regreso en México, las tres vivían con recursos económicos limitados. Al igual que otras participantes, percibían esta situación como limitante del consumo de una alimentación saludable, un tema que retomaremos más adelante.

Las 13 participantes que pasaron de la dieta tradicional mexicana a la dieta mexicana globalizada lo hicieron generalmente al salir de su familia de origen y empezar a vivir de manera independiente. En la familia de origen, las madres cocinaban alimentos a partir de ingredientes básicos, y utilizando técnicas tradicionales, o vivían en zonas rurales y consumían alimentos producidos por la misma familia. A diferencia de las participantes del primer grupo, estas no describían experiencias de inseguridad alimentaria, sino más bien una situación de abundancia, donde la comida era suficiente, sabrosa y sana. Al crecer, en el contexto de la vida urbana y de las responsabilidades asociadas a la vida adulta, estas participantes incorporaron nuevas prácticas en alimentación. Al explicar estos cambios, hacían referencia por un lado a la disponibilidad de distintos tipos de alimentos, pero también a un estilo de vida en el que no podían dedicarle tanto tiempo a cocinar. Esto era más marcado en los relatos de la migración a EU, donde, si la mujer trabajaba y no había otra persona encargada de la comida, la falta de tiempo dificultaba el cocinar en casa.

P: O sea tenían todo lo que ocupaban para comer ¿no? R: Ajá, y para cambiar así, y... y también teníamos leche ordeñada, tomábamos leche ordeñada. Quesos, mi mamá hacía quesos, hacia panela y hacia quesos. Tomábamos jocoque, ¿si conoces el jocoque? P: Ay que rico, sí. R: Y que más... la crema, ponía a hervir la leche y le quitaba toda la crema, la nata y hacíamos taquitos de nata. *Pues la comida era muy sana, era muy rico.* P: ¿Y

siempre tenían o sea suficiente comida para todos? R: Sí, pues sí, hacia donas de azúcar y pues muy rico estaba todo. (P18)

P: Y ¿por qué crees que era así? R: Pues porque estábamos más acostumbrados de aquel lado a comer más así ¿no? La comida rápida, mas, quizás es mucho trabajo porque pos su esposo de ella [*la pariente con la que vivía*] trabajaba, ella también, entonces a, *a veces ya no tenían ganas de llegar uno a cocinar* o a limpiar, con trabajos llegas a recoger, entonces ella ya traía mejor, en vez de decir –¿Qué vas a hacer? O ya cuidaste a los niños, ¿ya comieron?, o pues voy a traerles un Chicken sándwich o la cajita del McDonalds o algo así– *–a pues está bien–. O así o que pizza, todas esas cosas.* (P15)

Los cambios en la alimentación a partir de la migración a EU habían ocurrido, no en el esquema central de la comida, sino por agregación de elementos nuevos a la rutina alimentaria acostumbrada. Además de relacionarse con la disponibilidad de alimentos preparados, y con el tiempo disponible para cocinar, estos cambios se asociaban con el ingreso, que al ser mayor permitía disponer de mayor cantidad y variedad de alimentos, y consumir con mayor frecuencia alimentos caros, como la carne o el pescado.

P: ... ¿Nos puedes decir así como, un día qué es lo que comerían allá? R: ¿Allá? Pues fíjate *será porque había, pero todos los días había carne en la casa. Todos los días.* (P2)

En el tercer grupo, las seis participantes que habían crecido ya con un patrón de alimentación mexicano globalizado eran las que tenían mejores condiciones de bienestar económico, tanto actualmente como en sus familias de origen. Todas ellas habían crecido en ciudades, en familias que no eran pobres, y tenían nivel educativo de preparatoria o superior. Actualmente trabajaban en ocupaciones bien pagadas, o eran amas de casa con esposos que trabajaban en empleos seguros y bien pagados. Estas participantes recordaban desde niñas desayunos con cereales de caja, meriendas con leche con chocolate en polvo, y otros componentes de la dieta globalizada. Al igual que las otras entrevistadas, al migrar a EU las participantes en este grupo mantuvieron la estructura básica de su alimentación, e incorporaron nuevos elementos, y también entre ellas el tipo de elementos incorporados se relacionaba en buena medida con el que hubiera o no en casa una persona dedicada a cocinar. A diferencia de los dos grupos anteriores, sin embargo, estas participantes mencionaron entre los elementos que habían incorporado no sólo la comida rápida o preparada, sino también elementos del nuevo consumo saludable (tofu, alimentos orgánicos), que de regreso a México seguían siendo parte de su alimentación.

R: Ajá. O si no, si era ya pollo frito, ensalada, un poco de arroz, o enchiladas, *era muy tradicional de la casa hacer enchiladas de tofu*, este, con... se servían pues con lo que era ensalada, frijoles, y... no sé, podía haber una sopa extra y el postre.(P3)

El cuarto grupo, el de las cinco entrevistadas que habían crecido en EU, incluía participantes con diferentes niveles de ingreso y educativo. Todas ellas habían ido a la escuela en EU, y en sus recuerdos de alimentación en la infancia tenían una parte importante las comidas en la escuela. Las entrevistadas en este grupo en general describían su patrón alimentario en EU como más

saludable que el actual en México, por un lado por las comidas que recibían en la escuela, y por otro por la capacidad adquisitiva de sus familias, que les permitía tener comida para escoger. Al regresar a México, estas participantes encontraban dificultades para adaptarse a la alimentación, por una combinación de cuestiones de gusto y percepción de lo que era o no saludable.

P: Uhum. Y por ejemplo, a comparación de cuando estabas como en Estados Unidos, ¿qué, crees que tú alimentación actual sigue más o menos igual que cuando estabas ahí, o? R: Yo creo que la manera de desayunar. P: Ok. R: Porque allá, o sea la gente de allá, desayuna que omelettes, waffles, este, hot cakes ¿no? O licuados... eh... como jamón así... en la plancha ¿no? Y acá no. Acá yo veo de aquí ¿no? de las compañeras y comen comida ¿no? Que comen picadillo, ah, tacos de birria, o sea, como así, y yo allá nunca vi eso pues, allá *...cuando iba a la elementary school, me acuerdo que nos daban de desayunar, y pues nos daban nuestro sándwich de peanut butter con lechita ¿no? Entonces, o sea, desayunos muy ligeros, y creo que eso es lo que en mi alimentación, se me ha quedado muy bien.* Como que el desayuno sí puede ser abundante pero ligero ¿no? Y en la comida... no me gusta el chile, no me gusta el chile, entonces, este, creo que *eso también lo aprendí de allá, como igual, comidas con mucha verdura, con proteína, carbohidrato pero ... ehm, como equilibrado pues, no, tampoco tan, tan, tanta cantidad,* y luego me acuerdo que en las charolitas te daban así como separado ¿no? aquí esto, acá el otro, y yo trato de hacer lo mismo ¿no? como las verduras por un lado, el arroz por el otro, entonces, siento que eso es lo que todavía e, todavía lo considero. No me gusta comer casi birria, los tamales no me gustan, sí los como, pero uhg, es como bien raro, el menudo casi no me gusta. O sea, como. Siento yo que en ese aspecto es donde a mí me... *se ve la diferencia pues, de cuando uno vive allá, y se viene para acá o sea, las papitas no me gustan, casi comer chamoy ni chile, los cueritos, este... digo, cosas que yo miraba aquí en la escuela que comen ¿no? ahm... (P4)*

Otras entrevistadas, que no habían crecido en EU pero tenían hijos que habían ido a la escuela durante su estancia en ese país, también consideraban que la alimentación de los niños y adolescentes era mejor allá, gracias a los alimentos escolares y a los vales o alimentos que les proporcionaban como parte de programas de apoyo social, y gracias también a la información que se proporcionaba a los padres acerca de cómo debía ser la alimentación de sus hijos.

Actividad física

La AF desarrollada por una persona puede ser recreativa o con fines de salud, o bien ser parte de la vida diaria. Como se mencionó en la Introducción, los migrantes mexicanos de primera generación en EU pueden insertarse en actividades laborales que requieren AF moderada o intensa, y al mismo tiempo reportar baja frecuencia de AF recreativa. En cambio, generaciones posteriores de personas de origen mexicano tienen ocupaciones sedentarias, pero realizan más frecuentemente AF recreativa. Entre las entrevistadas, se observa una combinación de estas dos

situaciones, que se asocia también al NSE. Por otra parte, el curso de vida se combina con la migración, y ambos dan forma a las prácticas de AF.

Todas las participantes recordaban una infancia y adolescencia activas, jugando en la calle o el campo, o participando en deportes organizados o competitivos. Las que habían crecido en zonas rurales o condiciones de pobreza, además, ayudaban a sus padres en labores del campo o la construcción, o caminaban grandes distancias para llegar a la escuela.

P: Y entonces de ahí ¿trabajabas tú con tus papás, les ayudabas en el campo? R: Yo me iba a ayudar a mi papá. Que ya cuando cosechaban el maíz, acarrear el maíz en las bestias, me encantaba [risas]. (P25)

Posteriormente, al crecer y formar su propia familia, la mayor parte de las participantes disminuyó su AF. Las que se dedicaron al hogar realizaban AF al llevar a sus hijos a caminar o jugar al parque, o como parte de las tareas domésticas, pero la mayor parte de ellas describía estas actividades como moderadas, como una disminución en relación con lo que acostumbraban hacer cuando eran más jóvenes. Otras, ocupadas en empleos sedentarios, tampoco realizaban ya AF con la intensidad de antes. De acuerdo con las descripciones de las participantes, el tiempo de transporte activo era mínimo, de modo que la principal fuente de AF era el ejercicio realizado con fines de salud o esparcimiento.

La descripción del cambio en AF al pasar a la edad adulta era similar entre las participantes que habían vivido ese proceso en México y las que lo habían vivido en EU. La migración, en este sentido, interactuaba con el curso de vida en la producción de una vida cotidiana principalmente sedentaria. Las participantes que habían migrado a EU de niñas o adolescentes, realizaban AF en la escuela, y de las que migraron de adultas, algunas se insertaron en ocupaciones activas, limpiando casas o en labores agrícolas. Pero la mayoría habían trabajado en ocupaciones de cocina u oficinas, o bien eran amas de casa. En EU, el principal medio de transporte de las participantes era el automóvil. Algunas de ellas caminaban para ir de compras o al trabajo, pero en la mayoría de los casos las distancias eran cortas. En cuanto al transporte público, lo describieron como ineficiente o incluso peligroso, por lo que preferían no salir o esperar a que alguien pudiera llevarlas en automóvil cuando tenían que recorrer distancias grandes. Al regresar a México, la situación era parecida: los empleos eran sedentarios, y los traslados a pie eran pocos y en distancias cortas.

Y pues ahí comprábamos toda la comida para la semana, leche, huevos, cereal, gracias a Dios allá no nos faltó nada, *entonces llenábamos el refri para no tener que yo andar yendo a tiendas, porque no. Aparte a mí no me gustaba, jno sabía yo! andar en camión.* Nunca anduve sola y siempre pues llevaba todo lo necesario para no andar saliendo. (P2)

P: ¿Y actualmente por qué no realizas ninguna actividad física? R: No.... Sí camino a veces, como del ir a la escuela y venir, pues caminando. Pero ahorita ya me he hecho muy floja, ya no camino. P: En la escuela, ¿la diez.... o...? [R asiente cabeza] ¿y más o menos a cuánto tiempo te queda de tu casa, la escuela? R: *De mi casa a la escuela como... unos qué, unos 10 minutos. Sí, voy despacito, pero sí, que ya se nos hizo tarde, en 5 minutos llegamos.* (P5)

Como parte de los cambios con el curso de vida, la práctica de ejercicio estaba limitada por la necesidad de dedicar tiempo y energía a otras obligaciones como el trabajo o el cuidado de los hijos.

P: ¿Y tenías oportunidad de caminar o de hacer ejercicio cuando estabas allá? R: Sí, jugábamos mucho voleibol, y.....sí, íbamos a caminar al parque, siempre me gustaba mucho. Aquí es donde me hice más floja, en Tijuana. P: ¿Por qué? R: Pues *yo creo que ya con hijos es diferente, o sea, porque por ejemplo, ya tuve a mi niña me vine para acá, y pues ahora puro trabajar y este. .. no' más, y cuidar a mi niña.* P: ¿Por qué no te da tiempo o...? R: Pues la verdad, tiempo siempre hay, lo que pasa es que no se lo da uno para hacerlo. En la mañana, por ejemplo, voy y la dejo al colegio, entra a las siete y media de la mañana, voy y la dejo a las siete, me regreso hago mi lonche y ya me tengo que venir a trabajar, entonces, podría yo en la tarde, en la tarde sí tendría yo oportunidad y no lo hago. (P22)

En las entrevistas resaltan, además, dos aspectos interesantes: la diferencia en la práctica de ejercicio entre participantes de acuerdo al NSE, y el posible efecto igualador de los espacios públicos en este sentido. Mientras que de las siete entrevistadas con mejor NSE sólo una no hacía ejercicio, las de NSE bajo que hacían ejercicio eran una minoría. Es posible que el ingreso fuera un elemento importante en esta diferencia, ya que las participantes que practicaban ejercicio lo hacían en su mayoría en espacios privados, y que requerían una inversión económica. Estos espacios incluían la propia casa, con aparatos como caminadoras o bicicletas fijas, inscribiéndose en gimnasios o clases de zumba, o trasladándose a sitios alejados de la colonia en los que había mejores instalaciones. Pero si el no poder dedicar parte del ingreso a adquirir equipo o inscribirse en gimnasios es una limitación en la práctica de ejercicio, de acuerdo con las narraciones de las entrevistadas la presencia en EU de parques y otros espacios públicos servía como un elemento igualador. En ese país, la mayoría de ellas habían vivido en sitios con acceso cercano a parques o deportivos. Estos espacios públicos, percibidos como seguros y agradables, se prestaban para caminar o hacer deporte en familia, de modo que aún teniendo niños, la AF se integraba en las actividades familiares. Las entrevistadas que no tenían hijos también salían a caminar con amigas o solas. En contraste, casi la totalidad de las participantes describió los espacios públicos cercanos a su domicilio actual en México como peligrosos, no atractivos, o inadecuados por alguna otra razón.

R: Allá si hacía más actividad física porque al niño su terapia era de llevarlo todos los días al parque, llevarlo en bicicleta, aunque no supiera andar en ella, era irlo puchando y ahí hacer la actividad física de que jugara pelota pero allá los juegos de los parques son muy diferentes aquí, allá si hay, aquí no [ríe] P: Ah, OK. R: Incluso el hecho de caminar en pasto o en arena, para él era muy beneficioso y para mí también, *y aquí no se puede porque aquí no hay un parque acondicionado para eso, aquí todo está lleno de basura, piedras, no hay juegos, no puede jugar futbol aunque sea dos tres personas porque no hay el espacio y allá en Estados Unidos si lo teníamos, y era todos los días.* (P13)

Al igual que en el tema de alimentación, las participantes contrastaron el estímulo para la AF representado por las escuelas en EU, con las escuelas en México que no lo proporcionaban. La mayoría de las entrevistadas consideraba que en México actualmente los niños y jóvenes tienen dificultades para hacer AF, porque las calles no son seguras y las escuelas no incluyen el ejercicio como parte del curriculum.

R: Creo que eso es algo muy favorable de haberme ido al otro lado, *porque si me hubiera quedado aquí no hubiera hecho nada de ejercicio. Este... pues allá te imponen mucho hacer ejercicio ¿no?* Entonces me acuerdo que cuando estaba en la primaria, me gusta mucho jugar, me gustaba mucho jugar, perdón, fútbol americano, y... baseball, entonces este cuando entré a la junior high school, o sea allá es obligatorio hacer ejercicio. Te ponen a jugar de todo, te ponen a correr un montón de millas, entonces, pues quieras o no, todos los días te imponen a hacer ejercicio, pues haces un hábito ¿no? *Entonces cuando yo me vine para acá, ese fue una de mis frustraciones porque aquí en la escuela no te obligan a hacer ejercicio, nada más te dan un balón, así como que –Ay, ok ya juega- ¿no?* Y este... y yo me acuerdo que la maestra de allá, o sea uita, yo lloraba jamás hice como cuatro lagartijas en mi vida, y ella me decía -ándale, ándale, tienes que, tienes que...- ¿no? entonces siento que en ese aspecto también como que eso es algo positivo que yo aprendí de allá, el hacer ejercicio, porque sino, yo creo que si me hubiera quedado acá, no... hubiera estado muy diferente mi forma de ver las cosas ¿no? (P4)

Nuevos gustos en alimentación

El concepto de aculturación es uno de los más utilizados en el estudio de las prácticas de alimentación de los migrantes México-EU. En esta sección describimos cambios que podrían entenderse bajo ese concepto. Se trata de la incorporación de alimentos (como dijimos más arriba, ninguna de las participantes sustituyó por completo su esquema de alimentación original), que las entrevistadas conocieron o empezaron a disfrutar al migrar a EU, gustos adquiridos allá que al regresar a México seguían disfrutando cuando era posible. Entre ellos estaban platillos (hot cakes, pavo de acción de gracias), cadenas específicas de comida rápida que en su lugar de origen no existían (Church's Chicken, Jack in the Box, Dairy Queen), y también cocinas tradicionales de otras regiones del mundo (coreana, china).

R: Aa, no, no recuerdo yo de platillos americanos. Lo único que sí me gusta mucho y que no me gustaba, pero bueno, no es americano, es la comida china [ríe] Esa no me gustaba por nada, le hallaba un sabor muy diferente. Algo que no, no me gustaba, *pero allá empecé a comerla y al final acabé siendo fanática de la comida china.* (P2)

Por otro lado, las entrevistadas describieron también como aprendizajes algunas prácticas de alimentación orientadas explícitamente a la salud. Muchas de las participantes habían crecido en familias en las que estos temas no parecen haber sido relevantes. La alimentación en su infancia puede haber sido saludable, pero hasta donde ellas recuerdan no era parte de una práctica

consciente de estilo de vida. En cambio, al llegar a EU algunas de ellas encontraron por primera vez el discurso de la salud y la prevención, y empezaron a reconocer algunos alimentos como “ligeros” o “balanceados”.

P: Y cuando regresaste ¿cómo fue el cambio de tus hábitos alimenticios aquí? R: Pues fueron un poquito medio... como que ya comía más... cómo te.... *Porque allá vas a platicas WIC [probablemente el programa Woman Infants and Children] cuando tienes niños chiquitos pues te mandan a pláticas de nutrición. Y allá te enseñan lo que debes de comer. O sea de hecho tú debes de saber, pero como que más te están diciendo – esto no lo debes de comer, esto sí- Por la salud de los niños. (P5)*

Así, las entrevistadas describen situaciones que podrían englobarse bajo el concepto de “aculturación”, aunque esta no consistía únicamente en la adopción de lo que ellas mismas consideraban aspectos culturales “estadounidenses”, sino también de elementos originados en otros países, y otros que se han vuelto parte de la cultura global (como las prácticas preventivas en salud).

Quedarse sin recursos al regreso

... no más que con la diferencia de que allá era más frecuente la carne. P: Ah, OK. R: Aquí no tanto. Ya aquí es menos, eee siempre les, con verduras, pues si es un caldito de res con muchas verduras, si es caldo de pollo también con verduras, si es pollo frito lo hago así con una ensalada verde, con jitomate, lechuga, pepino y siempre con arroz y frijoles, siempre [ríe]. P: ¿O sea arroz y frijoles siempre, siempre hay? R: Ajá.

Casi la mitad de las participantes consideraba que su nivel económico había disminuido al regresar a México. Saliendo de condiciones de carencia en México, estas mujeres habían experimentado mejores condiciones en EU. El regreso, en cambio, había implicado para ellas y sus esposos la pérdida de empleo, y los que habían conseguido en Tijuana eran en general peor remunerados y en condiciones de inseguridad laboral, lo que se reflejaba en la percepción de que los alimentos en México son más caros. Entre los alimentos que en su situación actual no podían comprar, se encontraba la carne, pero también las frutas y verduras. En estas condiciones, la alimentación se volvía menos variada, las compras se hacían al día, y preferentemente consistían en alimentos no perecederos, baratos y de gran contenido calórico.

R: Los precios ahí es mejor, porque uno ahí está ganando un poquito mejor que aquí y es mejor allá, es más barato que aquí, allá casi todo te cuesta como 99 centavos, un dólar, lo que es la fruta, verdura así. P: ¿Y acá? R: Acá, está bien caro aquí, porque *allá ganas por ejemplo ganas más y tienes más posibilidades de comprar más fruta o verdura y aquí no. Aquí gana uno muy poquito, yo nunca había trabajado aquí, gana uno bien poquito y esta esté... está muy caro todo (P21)*

Independientemente de si esta percepción de los alimentos frescos como caros es un reflejo preciso de la realidad, el discurso de las entrevistadas traslucía una sensación de limitación, en la que aquello que era percibido como un lujo quedaba descartado. Esta situación contrastaba con la de las participantes de mejor NSE, quienes también reconocían que algunos alimentos se salían de su presupuesto, pero al hacerlo mencionaban alimentos especiales, que no eran parte de la dieta cotidiana. Al no tener dificultades económicas serias, podían también adoptar el discurso de que “vale la pena invertir en la salud”.

P: ... ¿Hay algún alimento que no compres porque se salga de tu presupuesto? O que, o sea ¿un alimento especial que te limitas? R: Uhum *¿Que quisiera comprar y no lo puedo...? Pues es que por ejemplo, el salmón, eso podría ser, lo consumo una vez al mes ¿no? aunque yo quisiera consumirlo tal vez, no sé, dos veces a la semana ¿no? Si fuera mi opción, esa sería. Entonces, soy una persona que creo que uno tiene que invertir en su alimentación porque creo que de eso depende la salud, entonces, este... igual, como la leche de soya, yo sí, este, me gusta y también sé que a veces es un poco cara pero sí me gusta consumirla. A lo mejor en vez de comprar dos, compro una, este pero... me... no me limito, para... ¿cómo será? No, en eso sí me limito pero trato de no ¿no? Aunque se que no lo puedo consumir frecuentemente pero sí lo consumo. P: Te das el gusto R: Igual, me doy el gusto, igual, por ejemplo, me gusta cocinar con nueces, y a veces también están como muy caras entonces de vez en cuando las compro y cocino un pan de calabaza que lleva nuez entonces, sí lo hago, eso te puedo decir que una vez cada tres meses, y así más o menos. (P3)*

Ocupación y alimentación

Otro tema surgido en las entrevistas fue el de la relación entre trabajo y alimentación. La condición laboral de las entrevistadas definía condiciones de posibilidad de diferentes prácticas, lo que a su vez podría tener consecuencias sobre su salud. En este sentido, más que una diferencia entre la vida antes y después de la migración, era más bien el cambio en situación laboral lo que resultaba determinante.

Algunas de las participantes trabajaban o habían trabajado en casas particulares, haciendo la limpieza o cuidando niños o ancianos, ya fuera en México o en EU. Para estas mujeres, la buena o mala relación con sus empleadoras se representaba en la relación de alimentación. Una relación positiva era aquella en la que ocurría un intercambio de conocimientos acerca de la cocina, y ambas partes estaban dispuestas a probar y reconocer como sabrosos nuevos platillos o nuevos ingredientes. En cambio, la relación negativa se reflejaba en situaciones en las que cada quién comía por su cuenta, y la entrevistada se describía a sí misma como incapaz de alimentarse de manera adecuada debido a la falta de alimentos en la casa. En el relato de una de las participantes, ambas situaciones quedaban claramente representadas. En la primera parte, su empleadora, una mujer profesionista con la que trabajó en una ciudad mexicana, y que tuvo un papel central como mentora de la entrevistada, aprende junto con ella a cocinar, y de la fusión

entre los guisos de la madre de la entrevistada y los ingredientes a los que la empleadora tenía acceso económico, surgen platillos y gustos nuevos. En la segunda parte, representa a su empleadora en Manhattan como una persona cruel e injusta, que le da un trato inadecuado. Parte del conflicto se refleja en las situaciones de alimentación, y en un discurso de oposición entre lo mexicano y lo no mexicano.

R: Y dice – C –dice- ¿cómo se hace esa comida? Le digo -mire, yo me acuerdo que mi mamá así hacía. *Entonces entre ella y yo, nos salían los guisados.* P: Se enseñaron a cocinar juntas. R: Nos enseñamos a cocinar, ellas con sus recetas y yo con lo poquito que sabía. Entonces, pero como su esposo es de Oaxaca allá guisan unos, este, unos guisados de carne de res con masa, la masa, la así, se la echan, pero así como que quede como atole, pero es guisado con calabazas, ejotes, y chile, chile rojo, y la carnita. No, pues sabe bien rica, y aprendí con ella, esas comidas también oaxaqueñas. P: ¿O sea, que ahí aprendió a cocinar? R: Ajá, aprendí más, aprendí de sus recetas, y aprendí yo otras clases de hacer albóndigas, porque yo nada más sabía una y ahí aprendí otras dos, porque yo veía pues sus recetas, y yo veía las comidas que su esposo le gustaban y aprendí también las comidas de ella. Por eso yo le digo, las rajas con crema, mi mamá este nunca las hizo. *Bueno es que mi mamá también, como éramos pobres, ella hacía comidas a según la necesidad, y allá con ella, aprendí a más comidas que llevan más dinero.*

[Más adelante en la entrevista]

... Y yo, digo, cómo voy a salirme de aquí, cómo voy a salirme de aquí. Entonces yo, pensaba y yo lloraba, yo no dormía, casi si dormía unas dos, tres horas todas las noches. Y una vez me agarró vómito, una vez me dolía mucho el estómago. Luego el puro arroz blanco ellos guisan, comen, y luego hacen unas carnitas, yo les decía aquí -con perdón suyo- las caquitas de los perros, así, quién sabe qué cosa, qué carne era. Yo no me lo comía. P: Eso... ¿No? ¿No se lo comía? R: Unas bolitas ¿como las lentejas? P: Ajá. R: Pero no eran lentejas, unas como bolitas verdes. Quién sabe qué comida era, y la carne, toda muy cocida, muy como seca la carne. P: O sea ¿no coci... no era rico? R: *No era comida caldosita, así, luego pues uno mexicano, no, ¿pues se imagina, que tanta era la diferencia?* (P23)

El caso de las trabajadoras domésticas que vivían en casas de sus empleadores es extremo, en el sentido de que su alimentación durante la mayor parte del tiempo estaba determinada por decisiones de compra y preparación de alimentos sobre las que en general tenían poco control. Sin embargo, también en otros empleos las condiciones de trabajo definían en gran medida los alimentos accesibles. Por ejemplo, las participantes que habían trabajado en restaurantes o cadenas de comida rápida tenían la opción de comer lo que se preparaba en el lugar, lo que por un lado resultaba práctico y barato, pero por otro terminaba por ser aburrido y, desde su punto de vista, poco sano. Para otras, el comedor del lugar de trabajo definía el tipo de alimentación. En EU, las que trabajaban fuera de casa recurrían a los camiones de comida, y en México a los puestos en

la calle. Tanto en México como en EU, las que trabajaban tenían menos tiempo para cocinar, y era más frecuente que consumieran alimentos preparados.

P: ¿Y te gustaba comer de esa comida [la que se preparaba en el restaurant en que trabajaba en EU] o no? R: Al principio sí, pero después no, *como que te enfada de lo mismo. Porque pues lo mismo que se vende todos los días: burritos de carne asada, de barbacoa, de carnitas y... pues lleva crema, queso, este, frijoles, guacamole, y todo lleva, son burros, estaba. Y luego como el pollo de ellos no lo cuecen como uno que va bien cocido, y no medio, medio término.* (P27)

Por su parte, las amas de casa tenían en principio mayor libertad para decidir qué comer, aún si tenían que negociar y adaptarse a los gustos y necesidades de otros miembros de la familia. Casi todas las entrevistadas eran responsables de cocinar en su casa, y esta negociación incluía únicamente a la pareja o los hijos, aunque algunas de ellas mencionaban periodos en que vivieron con la familia extensa, durante los cuales la suegra o cuñadas tenían también un papel importante en esta toma de decisiones. Por otro lado, una de las entrevistadas, al comparar su situación actual con la que tenía cuando trabajaba fuera de casa, mencionó que el estar todo el tiempo en casa hacía que comiera más, para distraerse y porque tenía los alimentos todo el tiempo a la mano.

R: Sí, pero *aquí en la casa, este, hay mucha, mucha guzguera*, eee P: ¿Qué es eso? R: Cómo se dice... que churros.. P: Entre comida... R: ...Por ejemplo, churros, eee cacahuates que compran los chiquillos y siempre se me antoja también a mí. Entonces *de ahora que ya salí de trabajar estoy subiendo de peso.* (P2)

DISCUSIÓN

En esta exploración de la relación entre migración y prácticas en salud de mujeres adultas, utilizamos una perspectiva internacional para comprender las “influences on health outcomes that derive from immigrants’ sending and receiving contexts and from the immigration process” (Acevedo-Garcia et al., 2012: 2061). A lo largo del artículo hemos descrito como la migración se asoció con cambios en las prácticas de alimentación y AF de las entrevistadas, y también como esta asociación dependía de otros elementos de su contexto de vida. En cuanto a la alimentación, tal como han descrito otros autores (Arenas-Monreal et al., 2013) las participantes y sus familias mantuvieron la estructura general de su dieta a lo largo de sus diversas migraciones, y las modificaciones a ésta consistieron en incorporar elementos nuevos, y también en la posibilidad de adquirir y consumir mayor o menor cantidad y variedad de alimentos. En cuanto a la AF, los cambios parecen haber estado relacionados más con el curso de vida que con la migración en sí, aunque la disponibilidad de espacios públicos en el medio urbano también parece haber jugado un papel importante.

En nuestro estudio, observamos las limitaciones del concepto de aculturación para comprender la relación entre migración y prácticas en salud. “Acculturation to what?”, preguntan Abraido-Lanza

et al. (2006: 1344), señalando que en EU no hay una sola cultura a la que los migrantes se adapten, sino una diversidad de culturas definidas por comunidades tanto étnicas como de clase social (Hunt et al., 2004). Al migrar a EU, las participantes en nuestro estudio adoptaron elementos culinarios no sólo de lo que ellas mismas consideraban “americano”, sino también de otros grupos. Las prácticas adoptadas, por otro lado, no correspondían sólo a la incorporación de alimentos, sino también a nociones como las de “lo saludable”, o a prácticas asociadas al tipo de trabajo en el que ellas o sus parejas se insertaban. Para poder dar cuenta de esta diversidad de elementos, el concepto de aculturación requeriría una elaboración más compleja, que considerara tanto la diversidad de tradiciones culturales presentes en EU, como los múltiples ámbitos de la vida, más allá de las prácticas estrictamente consideradas como relacionadas con la salud.

Otro elemento a resaltar es que la migración a EU, para la mayor parte de las entrevistadas, no consistió el primer contacto con elementos de alimentación y AF que son parte del mundo globalizado (Hunt et al., 2004). Costumbres como el uso de ingredientes preparados en la cocina, o el hacer ejercicio recreativo o con fines de salud, eran ya parte de sus vidas desde la infancia, o en migraciones previas a ciudades en México. Otros autores han encontrado que los migrantes mexicanos ya incluían estos elementos globalizados antes de migrar a EU (Martinez, 2013; Colby et al., 2009), y como señalaron algunas de nuestras participantes, el no consumirlos en México tenía más que ver con una cuestión de acceso económico, que únicamente con tradiciones culturales.

Por otra parte, aunque de manera tradicional se ha descrito que la aculturación se asocia con la adopción de una dieta menos saludable, en algunos casos las nuevas prácticas adquiridas en EU podrían ser, por el contrario, mejores para la salud (Espinosa de Los Monteros et al., 2008). En nuestro estudio, aunque la mayoría de las participantes describían la comida estadounidense como poco saludable (grasosa y basada en comida rápida), algunas la describieron como más sana. Los estudios más recientes sobre migración y salud han empezado a señalar este carácter doble del efecto de la migración sobre la salud (Abraido-Lanza et al., 2005), que por otra parte podría estar asociado a la posición social. Como ha señalado Martinez (2013), la condición de alimentación previa a la migración puede haber sido más o menos saludable, dependiendo del contexto de vida en el sitio de origen. Entre nuestras participantes, algunas venían de situaciones de carencia, en las que una dieta basada en vegetales podría haber sido, no saludable, sino carental. La mayoría, sin embargo, había crecido en familias y ciudades ya inmersas en la transición alimentaria (Popkin et al., 2012). Es posible que esta segunda situación sea más marcada en las generaciones más recientes de migrantes, que han crecido en un México donde el principal problema de alimentación dejó de ser la desnutrición y pasó a ser la obesidad (Rivera et al., 2002).

Otra de las críticas a los estudios bajo el paradigma de la aculturación, es que no suelen considerar el efecto de las condiciones objetivas de vida de los migrantes, y en cambio ponen de manera implícita el énfasis en elecciones individuales (Hunt et al., 2004). Los estudios modernos de asimilación, consideran estos elementos bajo el concepto de asimilación selectiva, que señala que los migrantes se integran a las sociedades receptoras de maneras diferentes, dependiendo de las barreras objetivas que enfrentan en ellas (Abraido-Lanza et al., 2006). Martín y colaboradores

(Martin et al., 2015), por ejemplo, encuentran que la pérdida de calidad de la alimentación entre generaciones de migración son marcadas para los hijos de padres de bajo NSE, mientras que los hijos de padres de NSE mantienen una buena alimentación sin importar la generación de migración. Por otro lado, el NSE parece aumentar el efecto de la migración sobre la práctica de AF recreativa (Echeverría et al., 2013). Aunque la mayoría de nuestras entrevistadas dicen no haber hecho cambios mayores en su alimentación al migrar a EU, las de menor NSE relatan un aumento en la cantidad de alimentos consumidos, y la incorporación de comida rápida. En cambio, las de mayor NSE describen no sólo la incorporación de comida rápida, sino también de elementos que son parte del consumo saludable de las clases medias globalizadas, como el tofu o la comida orgánica (Hawkes, 2006). El trabajo, en este sentido, tenía una importancia marcada. Tal como menciona Martínez (2013), muchas de nuestras entrevistadas habían tenido contacto con las cadenas de comida rápida en su lugar de origen, pero en EU acudían a ellas con mayor frecuencia porque les resultaba más barato, y menos cansado, que volver a casa y cocinar tras una jornada agotadora.

Nuestro estudio muestra también que el curso de vida es un elemento importante a considerar en la relación entre migración y prácticas en salud (Acevedo-García et al., 2012). Esto fue particularmente claro en el caso de la AF. Prácticamente todas las participantes describieron infancias activas, mientras que en la edad adulta la AF disminuía de manera importante. Esta situación se relacionaba también con las condiciones de vida y trabajo de las participantes, ya que mientras algunas de ellas habían tenido en México y EU ocupaciones activas, y otras tenían acceso económico a gimnasios o aparatos para hacer ejercicio en casa, la mayoría tenía ocupaciones sedentarias y poco acceso a esos elementos.

Por otra parte, como en cualquier estudio cualitativo, en nuestro caso los resultados deben tomar en cuenta dos aspectos. Primero, el discurso producido en la entrevista no es solamente un reflejo de la realidad, sino el resultado de la interacción entre dos personas en diálogo. En éste, las posiciones de cada sujeto se construyen y refuerzan mutuamente, de modo que las respuestas obtenidas podrían haber sido diferentes si, por ejemplo, las entrevistas hubieran tenido lugar en EU, o hubieran sido hechas por investigadoras no mexicanas. Esto no implica que una u otra aproximación hubiera obtenido un discurso más “verdadero”, sino simplemente que este hubiera sido diferente. En cuanto a la transferibilidad, nuestros resultados tienen elementos que seguramente son específicos a la situación de mujeres migrantes de retorno en una ciudad fronteriza. Muchos aspectos, sin embargo, son similares a los reportados previamente en estudios con migrantes de retorno en México (Arenas-Monreal et al., 2013), y con mujeres mexicanas migrantes internas (Bojórquez et al., 2014). Las conclusiones generales, acerca de la interacción entre migración y posición social, y migración y curso de vida consideramos que pueden extrapolarse a otros ámbitos.

Para comprender la interacción entre migración, NSE y curso de vida, en la producción de prácticas en salud, es necesario un marco teórico amplio, que considere tanto los elementos de agencia, como las condiciones objetivas y las normas sociales (estructura) (Cockerham, 2013). Desde esta óptica, la migración no es un solo fenómeno, sino uno de los elementos que sitúan al

agente en un campo de posibilidades que actúa sobre él y sobre el cual, a su vez, actúa. Viruell-Fuentes et al. (2012) "... argue for a shift from individual culture-based frameworks to perspectives that consider the role of structural factors in producing health inequalities among immigrants". En este artículo, hemos intentado utilizar esta perspectiva, para comprender cómo las condiciones de vida de las participantes han dado forma a sus prácticas de alimentación y AF. Nuestra principal conclusión es que si bien la migración, tanto interna como internacional, tiene un efecto en las prácticas en salud, el que este efecto sea positivo o negativo depende de otros elementos. En la promoción de la salud, entender el contexto de estas prácticas puede permitir el diseño de políticas contextuales, que faciliten a los individuos y comunidades vivir vidas más saludables.

REFERENCIAS

- Abraido-Lanza AF, Armbrister AN, Florez KR, et al. (2006) Toward a theory-driven model of acculturation in public health research. *Am J Public Health* 96: 1342-1346.
- Abraido-Lanza AF, Chao MT and Florez KR. (2005) Do healthy behaviors decline with greater acculturation? Implications for the Latino mortality paradox. *Social Science & Medicine* 61: 1243-1255.
- Acevedo-Garcia D, Sanchez-Vaznaugh EV, Viruell-Fuentes EA, et al. (2012) Integrating social epidemiology into immigrant health research: a cross-national framework. *Soc Sci Med* 75: 2060-2068.
- Afable-Munsuz A, Ponce NA, Rodriguez M, et al. (2010) Immigrant generation and physical activity among Mexican, Chinese & Filipino adults in the U.S. *Social Science and Medicine* 70: 1997-2005.
- Arenas-Monreal L, Ruiz-Rodriguez M, Bonilla-Fernandez P, et al. (2013) [Dietary changes in mexican women migrating to the U.S]. *Salud publica de Mexico* 55: 35-42.
- Ayala GX, Baquero B and Klinger S. (2008) A systematic review of the relationship between acculturation and diet among Latinos in the United States: implications for future research. *J Am Diet Assoc* 108: 1330-1344.
- Berrigan D, Dodd K, Troiano RP, et al. (2006) Physical activity and acculturation among adult Hispanics in the United States. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 77: 147-157.
- Bojorquez I, Renteria D and Unikel C. (2014) Trajectories of dietary change and the social context of migration: a qualitative study. *Appetite* 81: 93-101.
- Bourdieu P. (1984) *Distinction: A social critique of the judgment of taste*, Cambridge: Harvard University Press.
- Charmaz K. (2000) Constructivist and objectivist grounded theory. In: Denzin NK and Lincoln YS (eds) *Handbook of qualitative research*. 2 ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 509-535.
- Cockerham WC. (2005) Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health & Social Behavior* 46: 51-67.
- Cockerham WC. (2013) *Social Causes of Health and Disease*, Cambridge: Polity.
- Cohn S. (2014) From health behaviours to health practices: an introduction. *Social Health Illn* 36: 157-162.
- Colby SE, Morrison S and Haldeman L. (2009) What changes when we move? A transnational exploration of dietary acculturation. *Ecology of Food and Nutrition* 48: 327-343.

- Creighton MJ, Goldman N, Pebley AR, et al. (2012) Durational and generational differences in Mexican immigrant obesity: is acculturation the explanation? *Social Science & Medicine* 75: 300-310.
- Douglas M. (1997) Deciphering a meal. In: Counihan C and Estrik PV (eds) *Food and Culture: a Reader*. New York: Routledge, 36-54.
- Echeverria SE, Pentakota SR, Abraido-Lanza AF, et al. (2013) Clashing paradigms: an empirical examination of cultural proxies and socioeconomic condition shaping Latino health. *Ann Epidemiol* 23: 608-613.
- Espinosa de Los Monteros K, Gallo LC, Elder JP, et al. (2008) Individual and area-based indicators of acculturation and the metabolic syndrome among low-income Mexican American women living in a border region. *Am J Public Health* 98: 1979-1986.
- Ezzati M and Riboli E. (2013) Behavioral and dietary risk factors for noncommunicable diseases. *N Engl J Med* 369: 954-964.
- Flores M, Macias N, Rivera M, et al. (2010) Dietary patterns in Mexican adults are associated with risk of being overweight or obese. *J Nutr* 140: 1869-1873.
- Ham SA, Yore MM, Kruger J, et al. (2007) Physical activity patterns among Latinos in the United States: putting the pieces together. *Preventing Chronic Disease* 4: A92.
- Hawkes C. (2006) Uneven dietary development: linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases. *Global Health* 2: 4.
- Hunt LM, Schneider S and Comer B. (2004) Should "acculturation" be a variable in health research? A critical review of research on US Hispanics. *Soc Sci Med* 59: 973-986.
- LaRossa R. (2005) Grounded Theory Methods and Qualitative Family Research. *Journal of Marriage and Family* 67: 837-857.
- Long-Solís J and Vargas LA. (2005) *Food culture in Mexico*, Westport, Conn.: Greenwood Press.
- Martin MA, Van Hook JL and Quiros S. (2015) Is socioeconomic incorporation associated with a healthier diet? Dietary patterns among Mexican-origin children in the United States. *Soc Sci Med* 147: 20-29.
- Martinez AD. (2013) Reconsidering acculturation in dietary change research among Latino immigrants: challenging the preconditions of US migration. *Ethn Health* 18: 115-135.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2013) *Informe sobre las migraciones en el mundo 2013: El bienestar de los migrantes y el desarrollo*, Ginebra: OIM.
- Oseguera D. (2003) *Herederos diversos y conversos. La formación de la cultura alimentaria colimense.*, Mexico: CONACULTA/Gobierno del Estado de Colima/Universidad Autónoma de Chapingo.
- Perez-Escamilla R. (2011) Acculturation, nutrition, and health disparities in Latinos. *Am J Clin Nutr* 93: 1163S-1167S.
- Popkin BM, Adair LS and Ng SW. (2012) Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev* 70: 3-21.
- Rivera JA, Barquera S, Campirano F, et al. (2002) Epidemiological and nutritional transition in Mexico: rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity. *Public Health Nutr* 5: 113-122.
- Salgado de Snyder N, González T, Bojorquez I, et al. (2007) *Migración México-Estados Unidos: consecuencias para la salud*, Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sofianou A, Fung TT and Tucker KL. (2011) Differences in diet pattern adherence by nativity and duration of US residence in the Mexican-American population. *J Am Diet Assoc* 111: 1563-1569 e1562.

- Strauss A and Corbin J. (2002) *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*, Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Valenzuela JM. (2003) *Por las fronteras del norte. Una aproximación cultural a la frontera México-Estados Unidos*, Mexico: CONACULTA-FCE.
- Viruell-Fuentes EA, Miranda PY and Abdulrahim S. (2012) More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine* 75: 2099-2106.
- Williams SJ. (1995) Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociology of Health & Illness* 17: 577-604.
- World Health Organization. (2011) *Global status report on noncommunicable diseases 2011*, Geneva: WHO.