



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Unidad Xochimilco

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Maestría en Medicina Social

Estrategias de afrontamiento ante la inseguridad alimentaria en personas mayores de la región Sur de Jalisco

Idónea comunicación de resultados para obtener el grado de Maestría en
Medicina Social

Presenta

Andrea Elizabeth Araujo Saldivar

Director

Dr. José Alberto Rivera Márquez

Asesores

Mtra. Angélica Jiménez Briseño

Mtro. Agustin Pernia

Lectoras

Dra. Roselia Arminda Rosales Flores

Mtra. Karen Melo Hernández

Ciudad de México, 20 de marzo de 2026.

Resumen

La inseguridad alimentaria en la vejez es una expresión concreta de una problemática estructural que combina inequidades, exclusión social, vejismo y precarización del bienestar. Objetivo: analizar las estrategias de afrontamiento ante la inseguridad alimentaria en hogares con personas mayores de la región Sur de Jalisco. Metodología: enfoque mixto, a) fase cuantitativa, se aplicó un cuestionario a 96 personas de 65 años y más, con el fin de caracterizar su nivel socioeconómico, capacidad funcional, acceso a programas sociales y nivel de inseguridad alimentaria; b) fase cualitativa, se realizaron siete entrevistas semiestructuradas a participantes que presentaban inseguridad alimentaria moderada o severa, con el propósito de profundizar en las experiencias y estrategias utilizadas para afrontar esta situación. Resultados: el 46% experimenta algún grado de inseguridad alimentaria, mientras que el 17.7% presenta nivel moderado o severo. Las estrategias identificadas se agrupan en tres dimensiones: 1) económica: la priorización de alimentos de bajo costo, la reducción de la variedad alimentaria y la administración estricta del gasto disponible; 2) redes sociales: el apoyo de familiares, vecinos y amistades; 3) derechos sociales: la pensión del bienestar y los comedores comunitarios se identifican como recursos relevantes, aunque con alcances limitados. Conclusiones: la autonomía en la vejez debe entenderse como una capacidad socialmente condicionada, dependiente de los recursos disponibles. Por ello, las EAIA no responden a decisiones individuales libres, sino que están condicionadas por contextos estructurales. Esto subraya la necesidad de transitar hacia enfoques integrales de protección social que reconozcan a las personas mayores como sujetos de derechos.

Palabras clave:

Estrategias de afrontamiento; inseguridad alimentaria; personas mayores; autonomía; derechos sociales.



José Alberto Rivera Márquez

Director

Dedicatoria

A mis abuelas Tomasa y Lidia, y a mis abuelos Cirilo y Carlos,
por las raíces, el cariño y la memoria que sostienen este camino.

A mi madre Blanca y a mi padre Israel,
por su amor, su confianza y su apoyo incondicional.

A mis hermanas Esmeralda y Citlalli, y a mi hermano Josué,
por impulsarme siempre y por su cariño constante.

A Eduardo,
por acompañarme con ternura y por celebrar conmigo cada avance.

Agradecimientos

A las personas mayores que generosamente participaron en esta investigación. Les agradezco profundamente el tiempo que dedicaron a conversar conmigo y la confianza al compartirme sus experiencias. Espero que este estudio contribuya a visibilizar las realidades que enfrentan, así como la dignidad, la fortaleza y las múltiples formas en que resisten y sostienen la vida. Asimismo, que este trabajo aporte a la reflexión sobre las condiciones de vida y los derechos de las personas mayores.

A las profesoras y a lxs estudiantes de Nutrición de la Universidad de Guadalajara (UdeG), por su colaboración en las actividades del proyecto.

A la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación (SECITHI), por el apoyo económico otorgado para la realización de mis estudios de maestría.

A la Universidad Autónoma Metropolitana y a la Maestría en Medicina Social, por brindarme un espacio de formación crítica y comprometida con la transformación social.

A mis profesoras y profesores, a mis compañeras y compañeros de la generación 34, por los debates y los aprendizajes colectivos que contribuyeron a este proceso.

A Alberto, por su acompañamiento y comprensión en todo momento.

A Angélica, Roselia, Karen y Agustín, por su apoyo y sus generosas contribuciones, que fortalecieron este escrito.

Y a mis amistades Valeria, Luis y Gustavo, por su presencia, su ánimo y su complicidad.

Este trabajo existe gracias al tejido de personas, afectos, cuidados y acompañamientos que me sostienen cada día.

Índice

Índice de abreviaturas	6
Introducción	7
Aproximación teórica	9
Aproximación metodológica	22
<i>Diseño de la investigación</i>	22
<i>Fase cuantitativa</i>	22
<i>Consideraciones éticas</i>	27
Resultados y discusión	27
<i>Fase cuantitativa</i>	27
<i>Fase cualitativa</i>	30
<i>Experiencias de inseguridad alimentaria</i>	31
<i>Estrategias de afrontamiento ante la inseguridad alimentaria</i>	35
Conclusiones	41
Referencias bibliográficas	44
Anexos	52

Índice de abreviaturas

AFORE: Administradoras de Fondos para el Retiro

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

AMAI: Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión Pública

DIF: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia

EAIA: Estrategias de Afrontamiento ante la Inseguridad Alimentaria

ELCSA: Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

IA: Inseguridad Alimentaria

IAM: Inseguridad Alimentaria Moderada

IAMS: Inseguridad Alimentaria Moderada y Severa

NSE: Nivel Socioeconómico

PBPM: Pensión para el Bienestar de las Personas Mayores

PNC: Pensiones No Contributivas

PTMC: Programas de Transferencias Monetarias Condicionadas

Introducción

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua (ENSANUT) 2024 reporta que, en México, alrededor de 53.2% de los hogares presenta algún grado (leve, moderado y severo) de inseguridad alimentaria (IA) (Romero-Martínez et al., 2024). Esta condición suele asociarse con la vulneración del derecho a la alimentación, así como con la carencia por acceso a una alimentación adecuada, suficiente y diversa.

Sin embargo, es importante precisar que la IA —medida a partir de experiencias de preocupación, reducción o falta de alimentos en el hogar— no es equivalente a la carencia por acceso a una alimentación nutritiva y de calidad. Mientras que la IA describe vivencias inmediatas dentro de los hogares, la carencia alimentaria forma parte de la medición multidimensional de la pobreza y expresa condiciones estructurales más amplias.

De acuerdo con los criterios del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2019), se considera en situación de carencia por acceso a la alimentación nutritiva y de calidad a los hogares que presentan inseguridad alimentaria moderada y severa (IAMS), o que muestran limitaciones en su consumo de alimentos. En 2024, 14.4% de la población presentó carencia por acceso a la alimentación nutritiva y de calidad a nivel nacional, en comparación con el periodo 2020-2022, donde el porcentaje fue, en promedio, de 18.2% (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2025).

Este problema se agudiza en grupos social y económicamente vulnerados, como las personas mayores. Aunque la pobreza disminuyó en este grupo poblacional de 31.1% a 23.6% entre 2022 y 2024 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2024), la IA persiste como un problema altamente prevalente. A partir de la ENSANUT 2024 se identificó que la IA alcanza alrededor del 43.0% de los hogares con personas mayores a nivel nacional, de los cuales cerca del 16.0% presentó IAMS. En el caso particular del estado de Jalisco, la prevalencia general de IA en hogares con personas mayores fue de 30.2%, siendo el 18.0% con IAMS (Romero-Martínez et al., 2024).

Estas cifras evidencian que las dificultades para acceder a los alimentos están estrechamente vinculadas con procesos de empobrecimiento que restringen el acceso adecuado a los alimentos, conduciendo a situaciones de hambre y vulnerabilidad social. En las personas mayores, el problema se agrava por la insuficiencia de ingresos económicos, la pérdida de redes familiares y la limitada cobertura de programas de asistencia alimentaria. En contextos críticos, las redes de apoyo se convierten en estrategias fundamentales para enfrentar la escasez y mitigar los efectos emocionales y físicos del hambre (Rodríguez-Villamil y Arboleda-Montoya, 2022).

Estas formas cotidianas de afrontar la IA forman parte de un entramado de condiciones sociales, lo que exige situar su análisis dentro de marcos críticos que trasciendan las explicaciones centradas únicamente en la disponibilidad de alimentos o el ingreso. Desde la perspectiva de la medicina social, se concibe que el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado posee una determinación histórica, económica, política, cultural e ideológica. Bajo esta mirada, el bienestar en la vejez no puede entenderse exclusivamente como un proceso biológico, sino desde un enfoque integral que explica por qué, en este grupo poblacional, la IA no solo se deriva de la falta de ingresos. Por el contrario, se entrelaza con condiciones que impiden el ejercicio de la autonomía, como el deterioro físico o cognitivo, los derechos humanos y fundamentales no garantizados y las escasas redes de apoyo, lo que convierte a la IA durante la vejez en expresión concreta de una problemática estructural que combina inequidades socioeconómicas, exclusión social, viejismo y precarización del bienestar.

En esa línea, investigar las estrategias de afrontamiento ante la inseguridad alimentaria (EAIA) en personas mayores permite comprender este problema de manera más amplia y crítica, analizando cómo este tipo de hogares experimenta la carencia alimentaria, qué acciones desarrollan para sobrellevarla y cómo buscan satisfacer de manera adecuada sus condiciones de alimentación-nutrición. En este marco, la pregunta que guía esta investigación es: ¿qué EAIA ponen en práctica los hogares con personas mayores en la región Sur de Jalisco?

Por lo anterior, el objetivo general de este trabajo es analizar las EAIA en hogares con personas mayores de la región Sur de Jalisco. Los objetivos específicos que se plantearon son: 1) Caracterizar la situación de los hogares con personas mayores mediante la medición de la IA, la capacidad funcional, el nivel socioeconómico (NSE) y el acceso a programas sociales, 2) Explorar la experiencia de IA de las personas mayores de la región Sur de Jalisco, y 3) Identificar las EAIA que ponen en práctica los hogares con personas mayores de la región Sur de Jalisco.

Aproximación teórica

La IA se caracteriza por un acceso limitado o incierto a una alimentación adecuada en términos de cantidad, calidad y aceptabilidad social (FAO, 2012). Existe IA cuando los hogares no cuentan con los recursos económicos, insumos o alimentos suficientes para cubrir sus necesidades diarias de alimentación. En sociedades de mercado, el ingreso constituye el medio principal para satisfacer esta y otras necesidades. En este marco, las personas deberían tener la capacidad de generar ingresos propios y transformar los recursos disponibles para acceder a los alimentos (Rivera-Márquez, 2007).

Sin embargo, el derecho a la alimentación es independiente de la capacidad individual de generar ingresos. Esto implica que el Estado tiene la obligación de garantizar condiciones que permitan acceder a alimentos nutritivos, inocuos y culturalmente pertinentes. Padecer hambre o vivir con IA contraviene este derecho humano y fundamental, reconocido en México en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2026).

La IA se clasifica en leve, cuando los hogares experimentan incertidumbre, preocupación, o ansiedad por no contar con los alimentos o recursos necesarios para llevar a cabo una alimentación adecuada; moderada, cuando los hogares reducen la cantidad y calidad de los alimentos y, severa, cuando los hogares reportan experiencias de hambre (FAO et al., 2023).

Carecer de un ingreso, así como verse en la imposibilidad de transformar los recursos disponibles, son condiciones presentes en amplios sectores de la población en edad avanzada, lo que se asocia a un acceso limitado o incierto a los alimentos. Durante la vejez, a las restricciones económicas se suman otros elementos de igual complejidad, como lo son el deterioro físico o cognitivo, la depresión, la fragilidad, el acceso limitado a servicios de atención médica y seguridad social, la escasa participación en programas sociales y la ausencia de redes de apoyo (Rivera-Marquez, 2005). Esta situación activa mecanismos de supervivencia como, por ejemplo, comer siempre lo mismo, reducir porciones o eliminar comidas, en casos extremos, los hogares experimentan hambre (Martínez-Martínez et al., 2023; Pino, 2017; Rodríguez-Villamil y Arboleda-Montoya, 2022).

Con el envejecimiento se observan cambios estructurales y funcionales que, unidos a la pérdida de autonomía económica, incrementan el riesgo de IA en las personas mayores. Esta situación se agrava ante la carencia de cuidados y medios suficientes para afrontar dichos cambios (Rivera-Márquez et al., 2014), lo que, en consecuencia, impacta negativamente en su estado de nutrición (Souza y Marín-León, 2013), así como en su capacidad de supervivencia (Madrigal-Martínez, 2010). Un estado nutricional no óptimo, al igual que la presencia de padecimientos crónico-degenerativos, puede potenciar la fragilidad y acelerar el deterioro funcional (Pereira et al., 2022), creando una espiral de deterioro en la que la IA y una salud precaria se potencian mutuamente, exacerbando la vulnerabilidad y limitando las posibilidades de un envejecimiento saludable.

En este sentido, la autonomía se configura como un elemento clave para comprender las condiciones que determinan la IA durante la vejez. Según HelpAge International (2018), la autonomía implica la capacidad de ejercer la libertad de elección y el control sobre las decisiones que afectan la propia vida, incluso con apoyo de otras personas. Sin embargo, su ejercicio se encuentra mediado por las condiciones materiales y sociales en las que se sitúan las personas. Desde una perspectiva de derechos humanos, Huenchuan (2012) distingue una dimensión pública, relacionada con la participación social y una dimensión personal, vinculada con la posibilidad de formular y realizar proyectos de vida.

Por su parte, Gutiérrez (2013) señala que, en la filosofía moral de Kant, la autonomía se define como la capacidad de gobernarse a sí mismo, lo que implica tanto la capacidad como la libertad. Es decir, la autonomía se refiere a la capacidad individual de decidir libremente mediante la razón; sin embargo, al analizar problemas sociales como la IA, dicha capacidad no puede separarse de las condiciones materiales y sociales que limitan o posibilitan lo que las personas realmente pueden hacer. Por ello, la autonomía debe entenderse como una capacidad socialmente condicionada, cuyo ejercicio depende de las posibilidades reales disponibles en contextos específicos.

Así, más que una libertad abstracta o ilimitada, la autonomía puede concebirse como la posibilidad efectiva de tomar decisiones dentro de un conjunto de opciones estructuralmente configuradas por determinaciones económicas, políticas y culturales. Desde esta mirada, su pérdida o limitación puede profundizar la IA al restringir la capacidad de elegir, acceder o gestionar los recursos necesarios para una alimentación adecuada y suficiente.

La evidencia empírica corrobora esta articulación teórica. Por ejemplo, Souza y Marín-León (2013) identificaron que la IA en personas mayores se asocia con condiciones demográficas, socioeconómicas y de salud, destacando que quienes reportaron una salud regular, mala o muy mala tenían más probabilidades de experimentar IA. Esta relación es bidireccional, lo que significa que, así como una salud inadecuada incrementa el riesgo de IA, las personas cuyo acceso a los alimentos es limitado o incierto son también más susceptibles a enfermedades crónico-degenerativas y experimentan peores condiciones socioeconómicas.

Las restricciones a la autonomía en la vejez no se derivan exclusivamente del deterioro de la salud; en ello juegan un papel central las condiciones sociales, económicas y culturales que obstaculizan la participación social y el reconocimiento de las personas mayores como sujetos de derechos (Organización Mundial de la Salud, 2015). Estas barreras estructurales afectan directamente las posibilidades de ejercer una vida autónoma durante la vejez.

Pese a que en la literatura en español suele emplearse el término edadismo para referirse a la discriminación por edad en sentido amplio, en este trabajo se utiliza el concepto de viejismo

para enfatizar las formas específicas de discriminación dirigidas hacia las personas mayores y hacia el proceso de envejecimiento. Butler (1969) introdujo el concepto de *viejismo* (*ageism*) para referirse al prejuicio y la discriminación basados en la edad, asociados al rechazo social del envejecimiento y a la exclusión de las personas mayores. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (2021a) señala que la discriminación por edad se estructura en tres dimensiones interrelacionadas: los estereotipos, entendidos como pensamientos; los prejuicios, asociados a sentimientos; y la discriminación, expresada en acciones o comportamientos.

Este tipo de discriminación se puede presentar en distintos ámbitos, incluidos el institucional, político, científico, social, familiar y personal. La misma Organización Mundial de la Salud (2021b) plantea que el *viejismo* tiene implicaciones graves para la salud de las personas mayores, ya que se asocia con un deterioro de la salud física y mental, mayor aislamiento social y soledad, mayor inseguridad financiera, menor calidad de vida y un aumento en las tasas de mortalidad prematura. Este fenómeno suele entrelazarse con otras formas de desigualdad —relacionadas con género, clase social, etnia y discapacidad—, profundizando las inequidades en salud a lo largo del curso de vida. En la vejez, estas dinámicas de discriminación no solo operan en lo simbólico, sino que se traducen en restricciones concretas a la autonomía, el acceso a derechos y las condiciones materiales de vida de las personas mayores.

Las restricciones a la autonomía que enfrentan las personas mayores se inscriben en contextos estructurales de inequidad social en salud; es decir, en diferencias sistemáticas, injustas y evitables en el estado de salud y en la distribución de sus determinantes (Almeida-Filho, 2020). Estas inequidades, derivadas de trayectorias vitales marcadas por la informalidad laboral y el acceso desigual a servicios, repercuten directamente en la salud y limitan el acceso a recursos esenciales como los alimentos, agudizando así la IA (Guardiola y González-Gómez, 2010). Por ello, la situación de una proporción considerable de las personas mayores que llega a la vejez sin pensión ni ingresos estables no es una mera disparidad, sino una expresión concreta de esta injusticia estructural que incrementa su vulnerabilidad económica y alimentaria.

Ante este escenario, la protección social, entendida como un mecanismo fundamental para contribuir a la plena realización de los derechos económicos y sociales —a la seguridad social, al trabajo, a la protección de niveles de vida adecuados, así como al disfrute del más alto nivel de bienestar— adquiere particular importancia. La protección social es parte central de la política social y un pilar esencial de los regímenes de bienestar (García-Hernández y Giraldo-Rodríguez, 2024). Se trata de las garantías básicas destinadas a prevenir o aliviar la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social, a través de esquemas contributivos, no contributivos y el mercado.

En México la protección social se reconfiguró durante la década de 1990 bajo una lógica de mercado. En 1991 se estableció el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), mediante el cual los fondos de pensiones administrados por el Estado se transformaron en fondos de capitalización individual de administración privada, iniciando así el ajuste de la seguridad social en una lógica neoliberal. Posteriormente, en 1997, entró en vigor la reforma a la Ley del Seguro Social, con la que se formalizó el proceso de privatización de la seguridad social al eliminar el sistema de pensiones que hasta entonces era responsabilidad del Estado, a través del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), transfiriendo su administración a instituciones financieras denominadas Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES) (Chinas, 2009).

El mismo autor señala que, como resultado de dicha reforma, el tiempo de cotización requerido para acceder a la pensión de vejez casi se triplicó, al pasar de 500 semanas de cotización (diez años) a 1,250 semanas (veinticinco años). Esto dejó fuera a decenas de miles de trabajadores que no lograrían cumplir con dicho requisito, no necesariamente por falta de años trabajados, sino debido a que un alto porcentaje de los patrones omitía la inscripción de sus asalariados al IMSS. Asimismo, la reforma trasladó al ámbito privado la resolución de diversas prestaciones, entre ellas el seguro de viudez y orfandad, las pensiones derivadas del seguro de invalidez, la cesantía en edad avanzada y la pensión de vejez, las cuales anteriormente eran reconocidas y gestionadas por el IMSS.

Las AFORES que operan en México cobran a los trabajadores algunas de las comisiones más altas a nivel internacional. En conjunto, los trabajadores mexicanos pagan anualmente a estas empresas alrededor del 30.0% del monto ahorrado, lo que evidencia que el control de los recursos destinados al retiro se ha convertido en un negocio altamente redituable para el sector financiero (Alanís, 2020; Chinas, 2009). Esta lógica neoliberal de privatización y mercantilización del sistema de protección social, particularmente en el ámbito de las pensiones, además de beneficiar al capital financiero, también condiciona la suficiencia del ingreso en la vejez, reproduciendo inequidades que se manifiestan en múltiples dimensiones del bienestar.

Por lo tanto, las acciones orientadas a mejorar el bienestar de las personas mayores desempeñan un papel central. En las últimas décadas, diversos países de América Latina han recurrido a las pensiones no contributivas (PNC), las cuales no dependen de la participación actual o pasada de las personas en el mercado de trabajo formal. Su financiamiento proviene principalmente de impuestos generales, así como de recursos generados por empresas públicas o provenientes de la cooperación internacional (Cecchini et al., 2021).

Estas PNC se inscriben dentro del enfoque de protección social basado en derechos, el cual reconoce la necesidad de garantizar ingresos en la vejez independientemente de la trayectoria laboral formal de las personas, incluyendo tanto el trabajo informal como los trabajos de cuidado. Este enfoque se diferencia de otros instrumentos de política social, como los programas de transferencias monetarias condicionadas (PTMC), que surgieron principalmente como estrategias focalizadas de alivio a la pobreza y que condicionan la recepción del ingreso al cumplimiento de ciertos requisitos.

En contraste con las PNC orientadas a garantizar ingresos en la vejez, los PTMC se dirigen principalmente a hogares en situación de pobreza o pobreza extrema. Estas pueden ser de monto fijo, independiente de la composición del grupo familiar o, como ocurre en la mayoría de los casos, de monto variable según la estructura del hogar. En este último caso, se otorgan montos mayores a las familias con más niños o niñas, o se ajustan de acuerdo con otras características, como la edad, el sexo o el área de residencia. Asimismo, estos programas

suelen establecer condicionantes que los hogares deben cumplir para permanecer como beneficiarios (Cecchini et al., 2021). Por su parte, las PNC orientadas a personas mayores, aunque no están condicionadas por el nivel de ingresos, en la práctica tienden a beneficiar con mayor frecuencia a personas en condiciones de pobreza o con trayectorias laborales marcadas por la informalidad.

En México, las personas de 65 años y más reciben un monto aproximado de 6 mil pesos mexicanos bimestrales, el cual se inscribe en el programa de pensión social de tipo universal, denominada Pensión para el Bienestar Personas Mayores (PBPM). Esta política tiene sus orígenes en la Ciudad de México con la implementación del *Programa de Apoyo Alimentario y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores*, del entonces Gobierno del Distrito Federal, en 2001, que bajo una modalidad de PNC, comenzó asegurando un ingreso mensual de 668 pesos a todas las personas de 70 años y más residentes en zonas pobres y extremadamente pobres de la capital, así como a personas de la misma franja etaria residentes en áreas no pobres con un ingreso mensual menor a 1,200 pesos (Secretaría de Salud, 2001; Tapia y Martínez-Martínez, 2021).

En noviembre de 2003 se aprobó la Ley que Establece el Derecho a la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 70 Años Residentes del Distrito Federal. Sus modificaciones, publicadas el 22 de octubre de 2008 y vigentes desde el 1° de septiembre de 2009, ampliaron el derecho a partir de los 68 años. Para 2016, y conforme al incremento de la Unidad de Cuenta de la Ciudad de México, el monto ascendió a 1,075.20 pesos mensuales (Secretaría de Desarrollo Social, 2016).

En 2019, la administración federal instauró la PBPM con un monto inicial de 2,550 pesos bimestrales. En su fase de implementación la población objetivo comprendía a personas indígenas de 65 años o más, personas residentes en México mayores de 68 años, así como a personas de 65 a 67 años registrados en el padrón activo del programa hasta diciembre de 2018. Posteriormente, la reforma al artículo 4.º constitucional, promulgada en 2020, reconoció esta asignación como un derecho de carácter permanente y amplió su cobertura a todas las personas mayores de 65 años, ya fueran mexicanas por nacimiento o por

naturalización, con residencia en el territorio nacional. Con ello, se apuntaló su carácter de universal. En la actualidad, el monto autorizado asciende a 6,200 pesos bimestrales (Secretaría de Bienestar, 2024). Su evolución muestra una transformación que reconfigura la protección social en la vejez, transitando de un esquema focalizado, como “70 y Más”, hacia un modelo de protección social de carácter universal basado en derechos.

Las pensiones sociales se han posicionado como un instrumento fundamental de política pública y social, cuyo objetivo principal es el reconocimiento del trabajo realizado a lo largo del curso de vida, aunque en la práctica también contribuyen a la reducción de la pobreza y a la mitigación de carencias sociales durante la vejez. Su impacto es particularmente significativo en hogares que históricamente estuvieron excluidos de los sistemas formales de previsión social, pues constituyen, en muchos casos, su única fuente de ingresos estable (Barrera et al., 2021). Por ello, resulta pertinente recuperar experiencias concretas que permitan comprender la efectividad de estos programas.

Alzua et al. (2019), evaluaron la implementación de una pensión social dirigida a personas mayores en el estado de Ekiti en Nigeria. Los resultados sugieren que el programa tuvo un efecto positivo en la vida de sus beneficiarios. Si bien los autores reconocen que los resultados no permiten identificar efectos a largo plazo, los incrementos en la calidad de vida, la reducción de la vulnerabilidad y el menor tamaño del hogar son consistentes con una mejora en la capacidad de negociación de las personas mayores, derivada de una mayor autonomía financiera.

En la misma línea, la pensión redujo el costo del cuidado de las personas mayores para los miembros más jóvenes, facilitando su salida del hogar y mejorando las condiciones de quienes permanecieron, lo que sugiere que las intervenciones orientadas a la demanda benefician no a sus titulares, sino también a otros integrantes del hogar y círculos cercanos. Finalmente, concluyen que las pensiones sociales contribuyen a romper los ciclos intergeneracionales de pobreza al mejorar la salud de la población mayor y modificar las dinámicas de asignación de recursos al interior del hogar.

Martínez et al. (2020) señalan que el programa de pensión social en El Salvador es una herramienta eficaz para combatir la pobreza en las personas mayores, al menos en los 32 municipios más pobres del país. Sin embargo, más allá de las mejoras que el programa proporciona al bienestar de este grupo poblacional, existen áreas de mejora que requieren una exploración más profunda.

Tapia y Martínez-Martínez (2021) por su parte, analizaron el uso de la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores de 68 años en la Ciudad de México, según condiciones socioeconómicas. Sus resultados muestran que, independientemente del estrato social, las condiciones socioeconómicas de las personas mayores son, en general, desfavorables. En este contexto, la pensión se vuelve un recurso prioritario para cubrir totalmente o complementar los gastos alimentarios y la adquisición de medicamentos. No obstante, su relevancia aumenta conforme disminuye el nivel de desarrollo social del hogar, al grado que, en algunos casos, se convierte en la única fuente disponible para asegurar la alimentación ante la ausencia de una pensión contributiva.

Hernández-Grageda y Ceballos (2025) evaluaron el impacto del programa PBPM sobre la IA en dos subgrupos de personas mayores: quienes viven solos y quienes, además, carecen de apoyo social. Sus hallazgos sugieren que la pensión reduce la probabilidad de IA en 7.3 puntos porcentuales en personas mayores que viven solas y en 10.1 en quienes también carecen de apoyo social. Se ha documentado, asimismo, que las pensiones sociales favorecen la participación social, la reducción del aislamiento, mejoras en la salud mental, mayor autonomía y facilitan el acceso a servicios de atención médica, lo que contribuye a una vejez digna (Galiani et al, 2016; Alatinga et al, 2020; Bando et al, 2020, 2022, citado en Hernández-Grageda y Ceballos, 2025)

Algunos trabajos muestran que el efecto de la PBPM puede potenciarse mediante ajustes operativos a través de acciones complementarias que fomentan una interacción social significativa; entre ellas: visitas domiciliarias regulares, entrega de alimentos a domicilio, campañas de información nutricional, creación de redes de beneficiarios, el establecimiento de centros de día para personas mayores y la promoción de la participación en actividades

comunitarias intergeneracionales (por ejemplo, talleres, mentoría y charlas públicas) (Liimatta et al., 2019; Thomas et al., 2016; Liu et al., 2023, citado en Hernández-Grageda y Ceballos, 2025).

Estos autores señalan que dichas actividades permiten a las personas mayores compartir sus conocimientos y experiencias, a la vez que reciben compañía, apoyo emocional y un renovado sentido de propósito en sus vidas. Al integrar estos enfoques con las asignaciones, los programas de protección social pueden contribuir a superar con mayor eficacia no solo la privación material, sino también facilitar una mejor salud mental, fortalecer la autonomía y favorecer un bienestar más integral y digno. Es importante señalar que estas acciones se deberían plantear como medidas complementarias y de carácter voluntario, y no como condicionamientos para el acceso o permanencia en la PBPM.

Aunque contar con una pensión estable supondría mejores condiciones para acceder a los alimentos, garantizar la seguridad alimentaria en hogares con personas mayores está lejos de ser una consecuencia automática. La diversificación de los gastos al interior del hogar, donde una parte significativa de los ingresos se destinan a cubrir necesidades de salud, como servicios de atención médica, compra de medicamentos o el apoyo a otros miembros, restringe el capital disponible para la adquisición de alimentos (Tapia y Martínez-Martínez, 2021; Vaudin et al., 2022).

La capacidad de convertir el dinero en bienestar nutricional se ve mediada por aspectos estructurales que trascienden la esfera de lo individual. Entre ellos, destacan la precariedad del entorno alimentario, a menudo dominado por una oferta obesogénica; la coexistencia de otras necesidades básicas insatisfechas, que compiten por el mismo presupuesto, y la presencia de barreras físicas y sociales – como la movilidad reducida o el aislamiento – que dificultan la adquisición, preparación y consumo de opciones nutricionalmente adecuadas (Fitzpatrick et al., 2019; Hernández-Grageda y Ceballos, 2025; Tapia y Martínez-Martínez, 2021).

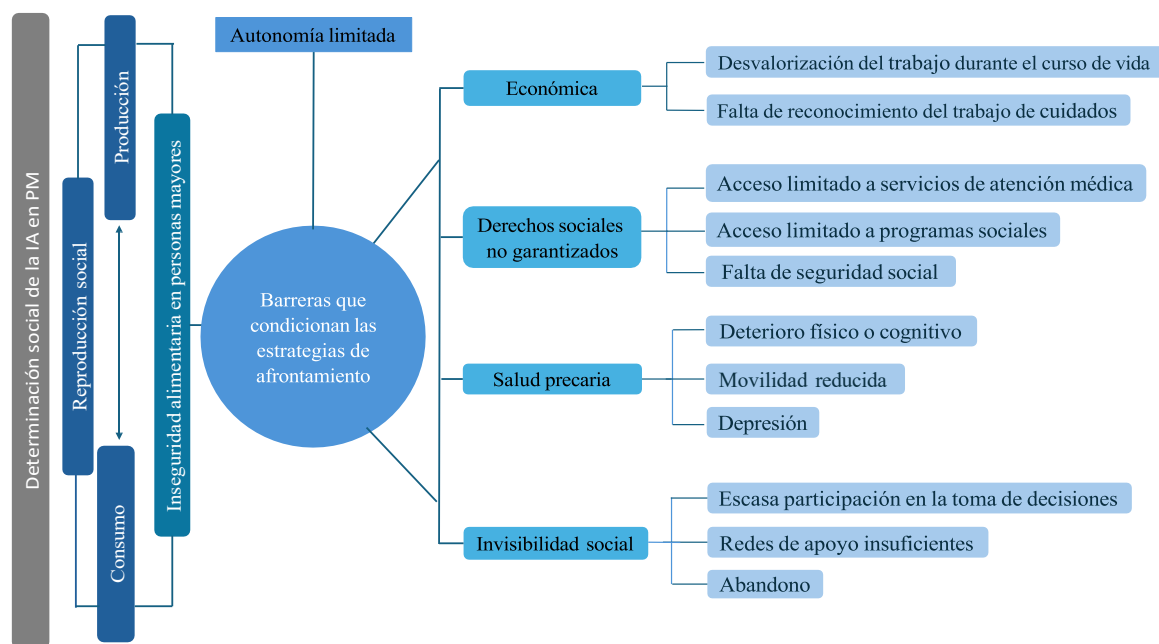
Frente a este escenario, los hogares con personas mayores se ven obligados a desarrollar y activar un conjunto de estrategias de afrontamiento para garantizar, en la medida de lo posible, su seguridad alimentaria. En el contexto de esta investigación, dichas estrategias se entienden como aquellas “actividades destinadas a la obtención de alimentos, ingreso o servicios, a las que se recurre cuando los medios de vida habituales se han visto interrumpidos o cuando otros peligros o perturbaciones reducen las posibilidades de satisfacer necesidades básicas.” (Asociados mundiales de la Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria en Fases [CIF], 2012, p. 121).

Maxwell et al., (2008), por ejemplo, identifican cuatro tipos de estrategias que los hogares con IA suelen emplear: a) sustituir alimentos preferidos por otros más baratos; b) recurrir a mecanismos temporales como préstamos o crédito; c) reducir el número de personas que comparten la alimentación, enviando a algunos miembros a otros hogares y, d) disminuir el tamaño de las porciones o número de comidas, priorizando a ciertos miembros del hogar o incluso ayunando días completos.

El tipo de estrategias implementadas no es aleatorio, sino que depende de la gravedad de la escasez, así como de los recursos con los que se cuenta. Mientras que en situaciones de tensión moderada predominan prácticas como el fiado, la solidaridad familiar, vecinal o entre amistades y la asistencia alimentaria pública o privada, en experiencias más severas se recurre al ayuno (Arboleda y Ochoa, 2013; Rodríguez-Villamil y Arboleda-Montoya, 2022).

De este modo, la presente investigación aborda el objeto de conocimiento desde la categoría teórica reproducción social, la cual distingue dos momentos: producción y consumo. Este marco ha demostrado su utilidad en investigaciones previas sobre condiciones colectivas del proceso alimentación-nutrición desde la medicina social (Rivera Márquez et al., 2009; Rivera-Márquez, 2007). La evidencia revela que el acceso a los alimentos, así como su expresión biológica en el estado de nutrición, depende directamente de la forma en que los grupos sociales, los hogares y las personas se insertan o participan en tales procesos estructurales o momentos de la reproducción social. El esquema (figura 1) detalla las relaciones teóricas realizadas para la construcción del objeto de estudio.

Figura 1. Relaciones teóricas para la construcción del objeto de estudio.



Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la problemática particular de las personas mayores, se advierte una situación de desventaja, ya sea por problemas económicos, por derechos sociales no garantizados, por una salud precaria o por invisibilidad social, entre otros aspectos. En el momento de producción, y pese a que el discurso dominante del sistema de acumulación capitalista tiende a clasificar a las personas mayores como “improductivas”, los datos muestran que en México casi tres de cada diez personas de 65 años y más trabajaron o buscaron trabajo; es decir, que formaban parte de la población económicamente activa (Bartra et al., 2020).

La permanencia de este grupo poblacional en actividades productivas responde a estrategias de sobrevivencia frente a ingresos insuficientes, dificultades en el acceso a pensiones contributivas y a la inserción en el sector laboral informal. Sin embargo, esta participación se da en condiciones precarias marcadas por jornadas laborales extendidas y bajos salarios (Hernández, 2023). A ello se suma que el trabajo no remunerado, particularmente las actividades de cuidados que desempeñan las personas mayores, permanece invisibilizado. Por otro lado, el momento del consumo se caracteriza habitualmente por una capacidad adquisitiva limitada en comparación con otros grupos de la sociedad.

De esta manera, lejos de ejercer una elección libre, sus opciones se ven constreñidas por un conjunto de barreras que restringen su autonomía y condicionan las EAIA. Estas barreras pueden clasificarse en: a) económicas: una falta de reconocimiento a los recursos generados durante toda su vida y/o falta de remuneración de las tareas de cuidado que ejercen; b) de derechos: sin seguridad social, acceso a servicios de atención médica, programas sociales, etcétera; c) de salud: presencia de condiciones como deterioro cognitivo, movilidad reducida o depresión; y, d) sociales: ausencia de redes de apoyo, lo que se traduce en aislamiento, abandono y exclusión en la toma de decisiones (Arzate et al., 2007; Ávila-Funes et al., 2006; García y Madrigal, 1999; Gazzotti, 2002; Manrique-Espinoza et al., 2013; Rivera-Márquez et al., 2014; Santana-Cárdenas y López-Uriarte, 2021).

En las personas mayores, las EAIA no deben entenderse como elecciones individuales, sino como prácticas condicionadas por esta inserción precaria o incierta en los dos momentos de la reproducción social, lo que limita su autonomía y define sus posibilidades reales de acceder a una alimentación adecuada.

En síntesis, este trabajo postula que la IA en la vejez constituye una expresión concreta de la determinación social del proceso salud–enfermedad–atención-cuidado, materializada en la limitación del ejercicio pleno de la autonomía. Las inequidades en el acceso a recursos, la falta de redes de apoyo y la ausencia de seguridad social, no son meros factores de riesgo, sino barreras estructurales que vulneran derechos humanos y fundamentales, siendo el derecho a la alimentación el más inmediatamente afectado.

Es precisamente en esta brecha entre el derecho reconocido y la realidad estructural donde cobran relevancia las EAIA, que lejos de ser soluciones individuales, se rigen como respuestas colectivas de resistencia y adaptación frente a un entorno que sistemáticamente obstaculiza las posibilidades de elección y participación de las personas mayores.

Por tanto, el análisis de las EAIA es fundamental para comprender los mecanismos concretos a través de los cuales las personas mayores enfrentan la vulneración de sus derechos y construyen, desde la adversidad, opciones de supervivencia. Si bien, políticas como la

pensión universal representan avances en el reconocimiento de derechos de las personas mayores, su impacto puede ser limitado si no se acompañan de acciones integrales orientadas a garantizar la seguridad alimentaria y el bienestar, especialmente considerando que el monto de la pensión suele ser insuficiente para cubrir las necesidades básicas de este grupo poblacional.

En la práctica, son las propias personas mayores y sus hogares quienes deben resolver las necesidades más apremiantes ante la falta de garantías institucionales. Es precisamente en este vacío donde las EAIA cobran pleno significado: se constituyen como expresiones de resistencia frente a la precariedad y la inequidad, y como formas de adaptación frente a un entorno social y económico adverso que limita sus posibilidades de participación, elección y ejercicio pleno de sus derechos.

Aproximación metodológica

Diseño de la investigación

Se empleó un enfoque mixto (cuantitativo-cualitativo) desarrollado en dos fases, lo que permitió caracterizar el nivel socioeconómico (NSE) y la IA a nivel de hogares, así como variables sociodemográficas de las personas mayores, su capacidad funcional, la disponibilidad de programas sociales y las EAIA.

Fase cuantitativa

La fase cuantitativa consistió en la aplicación de un cuestionario a las personas de 65 años y más, que aceptaron participar y pudieron responder directamente a las preguntas del instrumento. La recolección de la información se llevó a cabo entre enero y mayo de 2025 en diversas sedes del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), comedores comunitarios y espacios públicos de distintos municipios del estado de Jalisco: 1) Sayula, 2) Zapotlán el Grande, 3) Unión de Tula, 4) Zacoalco de Torres, 5) Teocuitatlán de Corona, 6) Concepción de Buenos Aires, 7) Zapotiltic, 8) Usmajac y 9) Mazamitla.

El cuestionario se integró por 40 reactivos (Anexo 1), conformados por los siguientes instrumentos:

1. La versión 2022 del índice de la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión Pública (AMAI), que clasifica a los hogares mexicanos en siete niveles socioeconómicos (A/B, C+, C, C-, D+, D y E) con base en un modelo estadístico que estima la capacidad del hogar para satisfacer las necesidades de sus integrantes, lo que determina la calidad de vida y el bienestar de las familias. Este índice considera seis variables: escolaridad del jefe o jefa del hogar, número de dormitorios, número de baños completos, número de personas ocupadas de 14 años y más, número de automóviles y acceso a internet (Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión, 2022).
2. El instrumento de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) de Lawton y Brody que evalúa la vida independiente mediante la valoración de habilidades consideradas más complejas que las actividades básicas de la vida diaria. Consta de ocho ítems: uso del teléfono, realización de compras, preparación de alimentos, mantenimiento del hogar, lavado de ropa, uso de medios de transporte, manejo de medicación y administración de los recursos económicos. Los resultados se agrupan en cinco niveles: autonomía, dependencia ligera, moderada, grave y total. La información se obtiene mediante entrevista directa a la persona mayor o, en su caso, a su cuidador principal (Avila et al., 2020).
3. La Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) cuyo objetivo es medir el grado de acceso de los hogares a los alimentos, siendo un instrumento útil para identificar desigualdades en la alimentación sana y nutritiva, ya sea por la pérdida de diversidad y calidad en la dieta o por la reducción de la cantidad de alimentos consumidos. Consta de 15 preguntas con opciones de respuesta dicotómicas (sí/no) y una categoría adicional (“no sabe/no responde”). En los hogares con menores de 18 años se aplican los 15 ítems, mientras que en aquellos conformados solo por mayores de 18 años se aplican los primeros ocho (FAO, 2012).

4. El módulo de programas sociales de la ENSANUT que identifica el acceso de las personas a estos. En el caso de la PBPM, se recabó información sobre el número de integrantes del hogar que son beneficiarios de este programa, el tiempo que llevan recibiendo la pensión, los principales rubros de gasto y los ámbitos de la vida en los que esta les ha beneficiado (Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2024).
5. Se incluyeron preguntas complementarias sobre la composición del hogar, el acceso a servicios de atención médica y la presencia de padecimientos o diagnósticos médicos.

Las respuestas del cuestionario fueron registradas mediante la plataforma digital *Google Forms*, lo que facilitó la captura de los datos y, posteriormente, su procesamiento inicial en Microsoft Excel®.

La muestra en esta fase del estudio estuvo conformada por 96 personas de ambos sexos, calculada a partir del total de la población de 65 años y más del estado de Jalisco ($N = 686, 074$), con un nivel de confianza del 90.0% y tomando en cuenta la prevalencia de IA para población del mismo rango de edad de la entidad.

La selección de participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, se seleccionó a las personas mayores que acudían a diversos espacios de reunión, como sedes del DIF, comedores comunitarios y espacios públicos. El acercamiento se realizó de manera directa y la encuesta se aplicó en el mismo sitio.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa STATA SE® versión 18. Para caracterizar la muestra se obtuvieron estadísticas descriptivas y distribuciones de frecuencia simple. Las variables analizadas incluyeron sexo, edad, jefatura de hogar, número de integrantes del hogar, NSE, capacidad funcional, IA y acceso a programas sociales.

Fase cualitativa

El diseño de esta fase empleó un muestreo intencional a partir de los resultados del cuestionario previo. Los criterios de selección fueron: 1) presentar IAMS, 2) aceptar ser contactada o contactado posterior a la encuesta y, 3) haber proporcionado información de contacto válida. La recolección de datos se realizó mediante una entrevista semiestructurada compuesta por 17 preguntas (Anexo 2), diseñada para explorar la experiencia de IA y las EAIA en tres dimensiones analíticas: económica, redes de apoyo y derechos sociales. Se contempló una muestra inicial de doce personas; sin embargo, tras los intentos de contacto – por vía telefónica o visitas domiciliarias –, la muestra final quedó integrada por seis mujeres y un hombre, residentes en los municipios de Zacoalco de Torres, Teocuitatlán de Corona y Sayula, en la región Sur de Jalisco.

El trabajo de campo se llevó a cabo del 19 de junio al 3 de julio de 2025, con una logística flexible para facilitar la participación. La recolección de datos se apoyó en el uso de una grabadora de audio y micrófonos para garantizar la fidelidad de los testimonios, así como en la aplicación del guión de entrevista, complementado con un diario de campo. Las entrevistas se realizaron en los domicilios, con excepción de una, que tuvo lugar en las instalaciones del DIF local. Las fechas y lugares para llevar a cabo las entrevistas se definieron considerando la accesibilidad y disponibilidad de cada participante (Tabla 1). Posterior a su aplicación, las entrevistas fueron transcritas.

Tabla 1. Cronograma de entrevistas

Informante	Nombre	Día	Duración	Lugar
1	Isidro	19 junio	00:28:34	Zacoalco de Torres
2	Rebeca	20 junio	00:26:23	Zacoalco de Torres
3	Arcelia	25 junio	00:28:06	Zacoalco de Torres
4	Consuelo	27 junio	00:40:00	Zacoalco de Torres
5	Rosaura	28 junio	00:36:08	Teocuitatlán
6	Berta	29 junio	00:39:29	Teocuitatlán
7	Josefina	03 julio	00:31:31	Sayula

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de los datos se realizó mediante la técnica de análisis de contenido, a partir de la cual se identificaron dimensiones y categorías vinculadas con las experiencias de IA (Tabla 5) y con las EAIA (Tabla 6). Dichas categorías fueron examinadas a la luz de dimensiones analíticas predefinidas, lo que permitió una interpretación sistemática y comparativa de los hallazgos.

Tabla 5. Dimensiones y categorías de experiencias de IA

Dimensiones	Categorías
Percepción de IA	Percepción subjetiva de suficiencia alimentaria Resignación ante la escasez alimentaria
Vulnerabilidad económica	Ingresos económicos reducidos
Redes de apoyo limitadas	Pérdida de cónyuge y/o familiares cercanos Migración de hijos/hijas Percepción de soledad
Condiciones de salud precarias	Limitaciones físicas Enfermedades Depresión Malestar físico al consumir algún alimento La edad como una barrera para comer
Derechos sociales no garantizados	Falta de medicamentos en los servicios de atención médica

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Dimensiones y categorías de EAIA

Dimensiones	Categorías
Económica	Priorización de necesidades Preferir el consumo de alimentos más baratos Adaptación ante la escasez Almacenar alimentos Diversificación del ingreso Administración del gasto
Redes de apoyo	Apoyo de amistades y/o vecinos Apoyo familiar
Derechos sociales	Asistencia alimentaria Acceso a programas de pensiones Acceso a espacios de recreación Acceso a atención médica de servicio público

Fuente: Elaboración propia.

Para tal efecto, se construyó una matriz de análisis que organizó las dimensiones, categorías, enunciados y narrativas asociadas a las experiencias de IA y a las EAIA. Estos instrumentos permiten visualizar cómo las personas perciben o viven la IA y como las experiencias de IA se inscriben en un conjunto de determinaciones sociales de la salud expresadas en la vulnerabilidad económica, la insuficiente garantía de derechos sociales, las condiciones de salud deterioradas y la fragilidad de redes de apoyo. Así como, las EAIA se articulan en torno a dimensiones económicas, redes de apoyo y derechos sociales.

Consideraciones éticas

Previo a su participación en el estudio, todas las personas participantes firmaron un consentimiento informado, tanto para la fase cuantitativa (cuestionario), como para la cualitativa (entrevista). En dicho documento se especificó que la información proporcionada sería tratada con estricta confidencialidad, utilizada con fines exclusivamente académicos y almacenada de forma segura. Asimismo, se solicitó autorización para la grabación en audio de las entrevistas, garantizando en todo momento la protección de la identidad de las personas participantes.

La investigación se clasificó como sin riesgo, de conformidad con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014). Se comunicaron los posibles riesgos y beneficios del estudio y se informó a cada participante sobre su derecho a no responder cualquier pregunta, interrumpir la entrevista o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto implicara consecuencia alguna.

Resultados y discusión

Fase cuantitativa

La población de estudio ($n = 96$) estuvo conformada predominantemente por mujeres (66.6%), con una mayor concentración en el grupo de 70 a 79 años (44.8%). Poco más de la mitad (53.1%) tenía primaria completa como máximo nivel de estudios. La ocupación

principal para 51.0% de las y los participantes fue el trabajo del hogar, mientras que solo 12.5% fueron personas pensionadas o jubiladas. La mayoría (82.3%) eran jefas o jefes de hogar, y aunque 41.7% vivía en hogares con tres o más integrantes, cerca de 23.0% vivía sola o solo. El NSE predominante fue el medio (51.0%), seguido del bajo (28.1%) (Tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas.

Categoría	Variable	n	Porcentaje
Sexo	Hombre	32	33.3
	Mujer	64	66.6
Edad	65-69	36	37.5
	70-79	43	44.8
	=> 80	17	17.7
Escolaridad	Primaria completa	51	53.1
	Secundaria incompleta a bachillerato incompleto	18	18.8
	Bachillerato completo y más	27	28.1
Ocupación principal	Empleado/ servicios	13	13.5
	Campo/ganadería	7	7.3
	Cuenta propia	11	11.5
	Pensionado/jubilado	12	12.5
	Hogar	49	51.0
	Desempleado	4	4.1
Jefe/jefa de hogar	Sí	79	82.3
	No	17	17.7
Número de miembros del hogar	1	22	22.9
	2	34	35.4
	=>3	40	41.7
NSE	Bajo	27	28.1
	Medio	49	51.0
	Alto	20	20.8

Fuente: Elaboración propia.

Los indicadores de acceso a programas sociales, atención médica, diagnósticos médicos, capacidad funcional e IA se presentan en la Tabla 3. Es importante señalar que las respuestas “no sabe/ no responde” fueron excluidas del análisis.

La PBPM es el recurso predominante, recibido por cerca de 80.0% de la población. El destino principal de este recurso es la alimentación (68.9%), seguido de gastos en salud (21.6%). Alrededor de la mitad (51.4%) considera que la pensión reduce el estrés económico, mientras que poco más de un tercio percibió una mejora directa en su salud y calidad de vida. En el

ámbito de la salud, siete de cada diez participantes reportan al menos una condición, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial (18.4%) y la combinación de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión (11.5%). Se observa que alrededor de 14.0% carece por completo de acceso a servicios médicos y 63.5% presenta algún grado de dependencia, siendo la dependencia ligera la más común (39.6%). Finalmente, en lo que respecta a la IA, 46.0% experimenta algún grado. Destaca el hecho de que 17.7% sufre IAMS, el segmento de mayor vulnerabilidad.

Tabla 3. Indicadores de acceso a programas sociales, atención médica, diagnósticos médicos, capacidad funcional e IA.

Indicadores	Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Programas sociales	PBPM	74	77.0
	Otro	4	4.16
	Ninguno	18	18.75
Tiempo PBPM	>3 años	33	50.0
	<3 años	33	50.0
Uso principal de la pensión	Alimentación	51	68.91
	Salud	16	21.6
	Otros usos	7	9.45
Mejoras que los beneficiarios identifican	Salud y calidad de vida	27	36.4
	Reduce estrés	36	48.6
	Otros aspectos	8	10.81
	Nada	3	4.05
Atención médica	SSa, DIF, Estatal, Municipal	14	15.91
	Seguridad social	43	48.86
	Consultorio particular	18	20.45
	No tiene	13	14.77
Diagnóstico médico	HTA	19	18.82
	DM2+HTA	16	11.76
	Otras ECNT	10	16.47
	Ninguna	26	30.59
Capacidad funcional	Autónoma/o	35	36.45
	Dependencia ligera	38	39.58
	Dependencia moderada	14	14.58
	Dependencia grave	5	5.20
	Dependencia total	4	4.16
IA	Leve	27	28.12
	Moderada	14	14.58
	Severa	3	3.12

Fuente: Elaboración propia.

Fase cualitativa

El perfil de los 7 informantes clave está conformado por seis mujeres y un hombre, todos ellos jefes de hogar pertenecientes a niveles socioeconómicos bajos (C – a E). La ocupación predominante es el trabajo del hogar, con la excepción de un participante que se desempeñó como jornalero. Se identificó un espectro de capacidad funcional que abarca desde la autonomía (dos personas) hasta la dependencia total (una persona), pasando por la dependencia ligera (tres personas) y moderada (una persona).

Respecto a la composición del hogar, cuatro participantes viven con otra persona – en su mayoría con su pareja – y tres viven solas. Todos los participantes reciben la PBPM. No obstante, se observan diferencias en su capacidad para complementar este ingreso: dos personas acceden a comedores del DIF, tres cuentan con una pensión por jubilación adicional y el participante jornalero suma ingresos por trabajo remunerado.

Tabla 4. Listado de informantes clave (IC).

IC	NSE	Ocupación	Vive con	Programas	Integrantes con PBPM	CF
1	C-	Jornalero	Esposa	PBPM/Jubilación	2	Autónomo
2	D	Hogar	Esposo	PBPM	2	Autónoma
3	D	Hogar	Esposo	PBPM	2	Dependencia total
4	E	Hogar	Sola	PBPM/DIF	1	Dependencia ligera
5	D	Hogar	Sola	PBPM/Jubilación	1	Dependencia ligera
6	D+	Hogar	Hija	PBPM/Jubilación	1	Dependencia ligera
7	D	Hogar	Sola	PBPM/DIF	1	Dependencia moderada

Fuente: Elaboración propia.

Tres de los cuatro hogares conformados por dos integrantes reciben la PBPM para ambos miembros, lo que sugiere una mayor disponibilidad de recursos económicos en comparación con los hogares unipersonales. Para las parejas de personas mayores en condiciones de mayor desventaja, el hecho de que más de un integrante sea elegible por edad puede traducirse en un mayor incremento del ingreso en el hogar, a diferencia de lo que ocurre en el caso de personas mayores que viven solas, para quienes la PBPM representa el único ingreso disponible (Juarez y Pfitze, 2020).

Estas diferencias en recursos económicos, capacidad funcional y composición del hogar se traducen en formas de organización cotidiana distintivas, las cuales impactan directamente en sus experiencias de IA y en las estrategias para afrontarla.

Experiencias de inseguridad alimentaria

Las narrativas de las personas mayores muestran que la IA no siempre es reconocida por las personas mayores como una experiencia de hambre, sino que se expresa a través de una percepción subjetiva de suficiencia, marcada por la resignación y la comparación con situaciones consideradas “peores”. Esta forma de interpretar la propia experiencia se construye en relación con contextos de mayor precariedad observados en otras personas mayores. Aunque se reconoce una alimentación poco saludable o poco variada, esta es valorada como suficiente en la medida en que permite “no pasar hambre”. Como señalan:

*“No correctamente pero me satisface, habiendo frijoles está correcto todo.
Ya si hay más, está mejor”* (I1. Isidro).

*“Siempre poquito, pero siempre hemos tenido.
Ahorita que estamos los dos solos hago poquita comida”* (I2. Rebeca).

*“Tengo para pasar el día y a mi edad me da gusto porque no paso hambre...
siempre me lleno, nunca me acuesto con hambre,
una tortilla para mí lo significa todo
porque no me acuesto sin comer”* (I4. Consuelo).

“No me mortifico, veo gente que verdaderamente no tiene que comer” (I5. Rosaura).

*“Pues yo diría que está bien, porque pues uno es pobre,
pues para uno todo está bien”* (I7. Josefina).

Esta forma de percibir la alimentación refleja mecanismos simbólicos de afrontamiento, donde la aceptación de la escasez se normaliza como parte de la vida cotidiana.

a. Dimensión vulnerabilidad económica

Las narrativas de las personas mayores muestran que la IA se vive principalmente por la insuficiencia de los ingresos.

“Pues la única dificultad que ha habido hoy es la economía. Pero estoy acostumbrada al sufrimiento y a la pobreza...”(I4. Consuelo)

La experiencia cotidiana de la escasez se expresa además en la necesidad constante de priorizar gastos, donde la alimentación compite con otros rubros considerados igualmente o más indispensables, como la compra de medicamentos o insumos médicos.

“A veces hago gastos como, por ejemplo, que me enfermo y no hay medicina en el centro de salud, pues la voy a comprar y ahí está un desfalco económico” (I4. Consuelo).

Este desplazamiento del gasto alimentario hacia otras necesidades evidencia cómo la alimentación se encuentra condicionada dentro de hogares con economía limitada. Tal como señalan Rivera-Márquez (2007) y Tapia y Martínez-Martínez (2021), el ingreso monetario, aunque necesario, no es suficiente para garantizar la seguridad alimentaria cuando se encuentra tensionado por múltiples necesidades básicas insatisfechas.

b. Dimensión redes de apoyo limitadas

Otro aspecto importante de la experiencia de IA es la ausencia de redes de apoyo, especialmente en hogares unipersonales o en aquellos donde se ha perdido el vínculo con familiares cercanos, ya sea por pérdida o por el desplazamiento de los miembros de la familia

a lugares lejanos. Las personas mayores describen experiencias de soledad, abandono o apoyo insuficiente, lo que profundiza su vulnerabilidad alimentaria.

“Cuando está uno enfermo sí lo visitan a uno, cuando estamos bien no nos visitan” (I2. Rebeca).

La pérdida del cónyuge aparece como un evento crítico que agudiza la soledad. Además, vivir sola se asocia directamente con el deterioro del bienestar emocional y alimentario:

“Mi marido va a cumplir tres años que murió y todavía no lo he superado, eso es lo peor de mi vida... que estoy sola” (I4. Consuelo).

La ausencia de apoyo familiar profundiza esta experiencia de vulnerabilidad. En algunos casos, la falta de acompañamiento se vive como abandono:

“Tengo un hijo, pero no me visita porque no tiene tiempo, no me da nada de protección. Le digo, un día me moriré y entonces vas a querer tener tiempo” (I4. Consuelo).

Cuando estas redes son débiles o inexistentes, la IA se intensifica. Rodríguez-Villamil y Arboleda-Montoya (2022), señalan que la ruptura de redes familiares incrementa el riesgo de inseguridad alimentaria en la vejez.

c. Dimensión condiciones de salud precarias

Las experiencias de IA están profundamente atravesadas por las condiciones de salud. Las limitaciones físicas, el dolor y el deterioro funcional afectan no solo la capacidad de generar ingresos, sino también la posibilidad de adquirir, preparar y consumir alimentos adecuados.

Las personas mayores describen cómo su condición física limita su autonomía. Por ejemplo, las personas entrevistadas señalan:

“El cartilago de esta rodilla lo tengo acabado... me puedo caer, tengo ese miedo”
(I3. Arcelia).

*“En días pasados me enfermé, se me hincharon mis pies,
no me podía ni parar del dolor”* (I2. Rebeca).

Asimismo, las enfermedades pueden impedir incluso acciones básicas como levantarse a comer:

“Cuando estoy enferma... no puedo ni levantarme a comer” (I6. Berta).

La edad también es percibida como una barrera que modifica la relación con la alimentación:

*“A veces le doy a mi esposo una tortilla dobladita con frijoles por las noches,
a veces, no diario, pero de que nos sentemos a cenar como cuando estábamos más jóvenes
pues no, ya le cae pesado a uno”* (I3 Arcelia).

*“Como uno ya está grande cambia mucho...
si no come le hace daño, y si come demás también”* (I7. Josefina).

Esta relación evidencia la relación bidireccional entre salud y la IA: una salud deteriorada limita el acceso a los alimentos, mientras que una alimentación insuficiente o inadecuada agrava las condiciones de salud existentes, como lo han señalado Souza y Marín-León (2013) y Pereira et al., (2022).

d. Dimensión derechos sociales no garantizados

Finalmente, la IA se experimenta como una consecuencia directa de la insuficiente garantía de derechos sociales, particularmente en el acceso efectivo a servicios de salud. Esta situación también refleja limitaciones en el diseño e implementación de la política pública, especialmente en el abastecimiento y acceso gratuito a medicamentos. Ante la falta de estos

insumos en las instituciones públicas, las personas se ven en la necesidad de destinar parte de sus ingresos a su compra, lo cual reduce aún más el presupuesto disponible para la alimentación. De esta forma, se observa nuevamente la priorización del gasto en salud frente al de los alimentos.

“En el seguro antes me daban gasas y vendas, ahora ya no me dan nada de eso y yo tengo que andar comprando” (I6. Berta).

Estrategias de afrontamiento ante la inseguridad alimentaria

a. Dimensión económica

En esta dimensión, las EAIA identificadas se inscriben en lo que Maxwell et al., (2008) conceptualizan como estrategias de afrontamiento de corto plazo, mismas que son un indicador preciso de la inseguridad alimentaria aguda, las cuales están orientadas a preservar el acceso mínimo a los alimentos ante restricciones de ingresos, incluyen tanto las modificaciones en la dieta así como de gestión financiera: la priorización de alimentos saciantes de bajo costo, reducir la variedad de los alimentos y la adaptación de la dieta a lo disponible.

Además de evidenciar una pérdida de calidad nutricional, también muestra una reconfiguración forzada de las prácticas alimentarias, donde el criterio de saciedad sustituye al de calidad nutricional. Estas prácticas no responden a elecciones libres, sino a mecanismos de supervivencia frente a la escasez.

“A veces como tortillas con sal. Y pues yo sé que no me nutre, pero me llena”
(I4. Consuelo).

“Dejé de comer nueces, almendras... porque están muy caras” (I4. Consuelo).

Asimismo, se identifican estrategias de organización doméstica orientadas a optimizar la preparación de alimentos, como cocinar en mayor cantidad y conservar porciones para días posteriores, lo que permite reducir la frecuencia de compras o de preparación de comida, más que restringir el consumo:

“...no salgo a comprar, nomás las tortillas, porque todo tengo para comer.

Por ejemplo, si ahora hice una carne en chile o pollo,

guardo para otro día” (I5. Rosaura).

También incluye, el ahorro y la reducción de otros gastos.

“Ahí le hago que me rinda, no comprar cosas que nomás no ocupe” (I6. Berta).

En las narrativas analizadas, el afrontamiento económico se expresa como una forma de racionalidad práctica orientada a “hacer rendir” lo disponible. Esto coincide con lo descrito por Barreneche (2020), quien —aunque su investigación no está centrada en personas mayores— identifica EAIA de normalización de la escasez, mediante las cuales la privación se integra a la vida cotidiana para hacerla tolerable.

De esta manera, el afrontamiento desde esta dimensión no solo permite la subsistencia, sino que opera como una forma de gestión cotidiana de la escasez, donde las personas priorizan la reducción del daño inmediato por encima del bienestar a largo plazo, particularmente en un grupo etario con necesidades nutricionales específicas.

b. Dimensión redes de apoyo

El papel central de las redes familiares, vecinales y comunitarias confirma que el afrontamiento de la IA en personas mayores trasciende el ámbito individual y se configura como un proceso colectivo. De acuerdo con Rodríguez-Villamil y Arboleda-Montoya (2022), las EAIA se activan y sostienen en función de las redes disponibles, lo que explica que el acceso a alimentos dependa, en gran medida, de la existencia de estos vínculos.

Por lo que, las personas mayores que disponen de redes de apoyo logran afrontar la IA de manera diferenciada respecto de quienes carecen de ellas.

El apoyo vecinal y de amistades se manifiesta principalmente a través de la invitación a comer, lo que permite garantizar el consumo diario sin incurrir en gastos adicionales:

*“Amigas me invitan a comer... Y pues salgo de casa y no falta.
Dios no me falta en donde voy, me invitan a comer,
a mí me dan, me ofrecen, vente aquí, ven a comer, vente con nosotros”*
(I4. Consuelo).

“Tengo una vecina que me invita a veces a comer” (I5. Rosaura).

De manera similar, el apoyo familiar se expresa mediante el envío de dinero o de comida, y en la compra del mandado:

“Mis sobrinas hacen comida y me mandan” (I5. Rosaura).

*“Mis hijos no nos dejan, siempre tenemos centavitos,
aunque sea poquito, para irla pasando”* (I3. Arcelia).

“Va mi hija a traerme el mandado” (I6. Berta).

Cuando las redes existen, funcionan como un amortiguador de la escasez, incluso en acciones cotidianas como buscar compañía para comer:

“Ya veo quién me va a acompañar para comer” (I5. Rosaura).

En este sentido, estas estrategias además de cumplir una función material, también operan como dispositivos de contención emocional, reduciendo la sensación de soledad.

c. Dimensión derechos sociales

El acceso a una pensión laboral, programas sociales y comedores comunitarios emerge como una estrategia clave que articula el afrontamiento individual con la respuesta institucional. Estos recursos se identifican como mecanismos centrales para sobrellevar la IA. Además, funcionan como soportes simbólicos de reconocimiento de la vejez, al materializar la responsabilidad del Estado en la protección social de las personas mayores y reconocerlas como sujetos de derecho.

La disponibilidad y el acceso a comedores comunitarios facilitan que las personas cubran sus necesidades alimentarias básicas, además de representar un recurso institucional al que pueden recurrir de forma relativamente segura y constante. En los relatos, estos espacios aparecen como un mecanismo concreto frente a la escasez cotidiana.

“Aquí (comedor comunitario) me dan de comer. Me llevo la comida para casa”
(14. Consuelo).

“Porque se me hace bien y luego va uno ahí a la segura, ¿verdad? Y pues, por eso no he dejado de ir, yo no he dejado de ir, que me den aunque sea poquito”
(17. Josefina).

Esta afirmación da cuenta de cómo los comedores comunitarios contribuyen a reducir la incertidumbre alimentaria y a sostener la reproducción cotidiana de la vida, particularmente en un grupo poblacional históricamente precarizado por pensiones insuficientes y redes de apoyo limitadas.

En estos espacios, las personas mayores pueden acceder a al menos una comida preparada al día de forma gratuita, lo que permite aliviar parcialmente las restricciones económicas asociadas a la adquisición de alimentos. Sin embargo, este recurso resulta insuficiente, ya que dichos espacios no operan de manera continua, sino de forma intermitente, generalmente ofrecen servicios en horarios específicos y únicamente de lunes a viernes.

En consecuencia, fuera de esos horarios o durante los fines de semana, las personas mayores deben recurrir a otras estrategias para garantizar su alimentación e incluso llegan a comer solo una vez al día. Por lo tanto, la situación de incertidumbre no se elimina, sino que persiste. Como lo expresa una de las entrevistadas:

“Para mí sí es buena ayuda de lunes a viernes, ya para el sábado, pues ya no ni el domingo, hasta el lunes... Me encargo yo de eso y yo ni hallo ni qué, porque es bien trabajoso, qué almorzaré y qué almorzaré, compro unas tortillitas y un pedazo de queso y ya. Y el domingo, pues igual se me hace bien trabajoso porque no hay que comer. Y como aunque sea un taco al día” (I7. Josefina).

Además de garantizar el acceso a alimentos, estos espacios institucionales cumplen una función social y emocional relevante, particularmente en contextos de soledad:

“Para mí la importancia de estar aquí es que quiero convivir, platicar con otras personas que tienen penas iguales que las más o más grandes o más chicas y aquí es donde yo libero mi alma de tantos tormentos” (I4. Consuelo).

Las personas participantes perciben la PBPM como un cambio importante, que les brinda independencia económica, en algunos casos es utilizado principalmente para cubrir necesidades de alimentación y medicamentos, en otros casos, es la única fuente de ingresos, en ambas situaciones esto representa una fuente esencial para el sostenimiento del hogar.

“...con esta pensión casi la hago, casi, no completo, pero casi”
(I1. Isidro).

“Antes teníamos que hablarles a mis hijos para que nos ayudaran, a mis hijos les hablaba y ellos me ayudaban aunque tienen su compromiso pues, pero de todos modos”
(I2. Rebeca).

“Pues sí ha cambiado, porque ya no se preocupa uno tanto por los comestibles, todo eso, ya no le sufrimos igual” (I3. Arcelia).

“Me cae como agua del cielo porque sin eso yo no voy a comer. Mi único ingreso es del bienestar. Es lo único que tengo” (I4. Consuelo).

“Antes me administraba, a veces me endrogaba pero ya sabía que iba a recibir mi pensión de maestra. Entonces, pagaba, pedía prestado si se ocupaba para una emergencia o algo. Pedía dinero prestado, pero pagaba de mi pensión de maestra, aunque era poquito pero si me ajustaba” (I5. Rosaura).

En este caso, la PBPM le permite destinar parte del recurso para pagar a una persona que le apoye con las compras de los alimentos y a la preparación de los mismos.

“Pues, como ya no pude salir a Zacoalco, tengo quien me ayude...Pues, le pago y le encargo las cosas, que me traiga el mandado, lo que se ocupa... también me ayuda a hacer la comida” (I3. Arcelia).

Estas narrativas también evidencian que los programas sociales son insuficientes y fragmentados, lo que obliga a las personas mayores a combinarlos con estrategias individuales. De este modo, el afrontamiento de la IA se configura como un proceso en el que el ejercicio del derecho a la alimentación se ve condicionado por la cobertura, accesibilidad y continuidad de los dispositivos institucionales.

Las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas mayores indican la presencia de IA en el hogar, aunque no necesariamente de la misma gravedad. El análisis de las narrativas evidencia que la IA en las personas mayores no se reduce a una mera falta de recursos materiales, sino que constituye una expresión compleja de determinaciones sociales que atraviesan el curso de vida. Estas condicionan su salud, autonomía y bienestar.

Un hallazgo importante es que, si bien las barreras sociales agravan y profundizan la IA, las personas mayores despliegan un repertorio diverso de mecanismos de sobrevivencia. Las EAIA representan formas concretas de agencia mediante las cuales los sujetos reorganizan recursos, movilizan redes y resignifican la escasez para sostener su subsistencia y hacer frente a la precariedad. Esta agencia se despliega dentro de márgenes estrechos, lo que subraya la necesidad de políticas públicas que garanticen el derecho a la alimentación en la vejez.

Conclusiones

La presente investigación permitió identificar las condiciones de vida de las personas mayores, sus percepciones en torno a la IA y las barreras que condicionan el ejercicio de su autonomía; asimismo, se analizaron las EAIA en hogares con personas mayores de la región Sur de Jalisco. Este estudio muestra que la IA en la vejez se configura como una expresión concreta de inequidades estructurales que limitan el ejercicio de la autonomía y vulneran el derecho humano fundamental a la alimentación.

Asimismo, se identificó que las experiencias de IA, así como las formas de afrontarla, están estrechamente vinculadas con los recursos económicos limitados, el acceso insuficiente a servicios de atención médica, el deterioro de la salud y la fragilidad de las redes de apoyo. A su vez, las EAIA se encuentran igualmente determinadas por la disponibilidad y acceso a recursos materiales y no materiales. En este sentido, las personas mayores que cuentan con mejores condiciones económicas, programas sociales, una pensión laboral, una mayor capacidad física y redes de apoyo fortalecidas, presentan mayores posibilidades de enfrentar la IA en comparación con aquellas que carecen de dichos recursos.

En la fase cuantitativa se destaca una alta prevalencia de IA entre las personas mayores, aun cuando la mayoría tiene acceso a la PBPM. Esto confirma que, si bien la pensión social representa un ingreso fundamental —destinado prioritariamente a la alimentación y a gastos en salud—, se requieren de acciones integrales para garantizar plenamente la seguridad alimentaria. La coexistencia de enfermedades crónicas, la dependencia funcional, la ausencia

o precariedad de redes de apoyo y la diversificación de gastos básicos condicionan el bienestar de los hogares. En la fase cualitativa se profundizó en la comprensión de estas condiciones, evidenciando que las experiencias de IA se inscriben en dimensiones interrelacionadas: la vulnerabilidad económica, la fragilidad de las redes de apoyo, las condiciones de salud precarias y la insuficiente garantía de derechos sociales. Las narrativas muestran que la escasez alimentaria se vive de manera cotidiana y normalizada, frecuentemente acompañada de sentimientos de resignación. Esto refleja procesos de exclusión social y de vejeismo que desvalorizan las necesidades y los derechos de las personas mayores.

En conjunto, los resultados cuantitativos y cualitativos dialogan entre sí al mostrar que la IA en la vejez no solo es un problema medible, sino también una experiencia cotidiana que estructura las decisiones y prácticas de las personas mayores. Mientras que los datos cuantitativos evidencian la prevalencia de IA, los hallazgos cualitativos permiten comprender cómo esta situación se vive y se enfrenta en la vida diaria, revelando los mecanismos mediante los cuales los hogares reorganizan sus gastos, priorizan necesidades y recurren a redes de apoyo para afrontar la escasez alimentaria.

Por ello, la IA no solo limita el acceso a los alimentos, sino que también restringe las posibilidades de decisión y control sobre la propia vida durante la vejez. Frente a este escenario, las personas mayores recurren a diversas EAIA, entre ellas estrategias económicas —como la priorización de necesidades, la compra de alimentos más baratos o rendidores, el almacenamiento de alimentos o la administración del dinero—; estrategias basadas en redes de apoyo, como el respaldo de familiares, amistades o vecinos; y estrategias vinculadas a derechos sociales, como la asistencia alimentaria, el acceso a programas de pensiones, servicios de salud y espacios comunitarios. Como señalan Rodríguez-Villamil y Arboleda-Montoya (2022), las decisiones que se toman en momentos críticos tienen relación con las condiciones que vive el hogar, la magnitud y gravedad de la situación y la cultura alimentaria; es dentro de estos parámetros que los hogares tratan de obtener alimentos que consideran indispensables y evitar pasar hambre.

De esta manera, las EAIA identificadas no pueden interpretarse como elecciones individuales ni decisiones libres y autónomas, sino como respuestas condicionadas y limitadas por contextos estructurales. En este sentido, los hallazgos de la investigación permiten comprender la autonomía en la vejez como una capacidad socialmente condicionada, cuyo ejercicio depende de las posibilidades reales disponibles en contextos específicos.

La restricción de la autonomía observada en las personas mayores se vincula con la interacción entre políticas sociales insuficientes, la medicalización del envejecimiento —que sitúa la vejez principalmente en términos de enfermedad y dependencia— y la ausencia o fragilidad de sistemas de cuidados que acompañen las necesidades cotidianas de esta población. Estas EAIA constituyen expresiones de agencia y resistencia frente a la precarización, pero al mismo tiempo evidencian la insuficiencia de los mecanismos institucionales para garantizar condiciones de vida dignas en la vejez. En muchos casos, las EAIA se sostienen a costa de la calidad de la dieta, de la salud y del bienestar emocional de las personas mayores.

La evidencia obtenida en este estudio confirma que la IA en la vejez constituye una manifestación de inequidades estructurales y sociohistóricas, estrechamente vinculadas a barreras institucionales y sociales, trayectorias laborales precarizadas, privatización de la seguridad social y viejismo. Por ello, la IA puede comprenderse como un indicador de inequidad acumulada a lo largo del curso de vida.

De tal manera, la PBPM representa un avance significativo en el reconocimiento de derechos, aunque su impacto es limitado si no se articula con políticas integrales que fortalezcan los entornos alimentarios, los servicios de salud, los sistemas de cuidados y las redes de apoyo social. Ante la escasez de evidencia empírica sobre las EAIA en hogares donde habitan personas mayores, y especialmente desde enfoques metodológicos cualitativos, este estudio aporta evidencia relevante y abre líneas para futuras investigaciones.

Finalmente, este estudio subraya la necesidad de transitar hacia enfoques integrales de protección social que reconozcan a las personas mayores como sujetos de derechos. Incorporar acciones complementarias —como asistencia alimentaria de calidad y accesible a las condiciones y necesidades de las personas, atención médica integral, fortalecimiento de redes comunitarias y estrategias contra el aislamiento social— resulta indispensable para garantizar la seguridad alimentaria y un envejecimiento saludable, digno y autónomo.

Referencias bibliográficas

- Agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión. (2022). *Cuestionario para la aplicación de la regla AMAI 2022 y tabla de clasificación*. https://www.amai.org/descargas/CUESTIONARIO_AMAI_2022.pdf
- Alanis, T. (2020). *Mecanismos de apropiación del fondo de ahorro para el retiro del trabajador en México*. <https://estudiosdeldesarrollo.mx/wp-content/uploads/2022/01/2.-Teresa-Lizeth-Alanis-Gutierrez.pdf>
- Almeida-Filho, N. (2020). Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *SALUD COLECTIVA*, 1–34. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2751>
- Alzua, M. L., Cantet, N., Dammert, A., y Olajide, D. (2019). Welfare Effects of a Non-Contributory Old Age Pension: Experimental Evidence for Ekiti State, Nigeria. *Partnership for economic policy*.
- Arboleda, L., y Ochoa, A. (2013). Estrategias de acceso a los alimentos en los hogares de estrato 1, 2 y 3 de la ciudad de Medellín. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1).
- Arzate, J., Fuentes, G., y Retel, C. (2007). Desigualdad y vulnerabilidad en el colectivo de Adultos mayores en México y el Estado De México: Una revisión multidisciplinaria. *Quivera*, 9(2), 231–262.
- Asociados mundiales de la Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria en Fases (CIF). (2012). *Versión 2.0 del Manual técnico de la Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria. Información y normas que garantizan mejores decisiones relativas a seguridad alimentaria*.

- Avila, A., Sosa, E., Pacheco, J., Escobedo, M., Bautista, V., González, V., Blanco, E., Negrete, M., Deyta, A., y Gutiérrez, L. (2020). *Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/814340/Guia_InstrumentosGeriatrica_18-02-2020.pdf
- Ávila-Funes, J., Marie-Pierre, G., y Aguilar-Navarro, S. (2006). Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Rev Panam Salud Publica*, 19(5), 321–330.
- Barreneche, A. (2020). *Caracterización de las estrategias de afrontamiento frente a la inseguridad alimentaria aplicadas por migrantes venezolanos beneficiarios de la Fundación Catalina Muñoz en la Ciudad de Bogotá* [Pontifica Universidad Javeriana].
<https://apidspace.javeriana.edu.co/server/api/core/bitstreams/dc087701-843e-4019-8f8c-09beb51560ea/content>
- Barrera, M., Reyes, O., y Marín, L. (2021). Adultos mayores y pobreza. Efecto del incremento de la Pensión Universal en México (2018-2024). En S. De la Vega Estrada y M. del P. A. Mora Cantellano (Eds.), *Estudios sobre cultura y desigualdad en las regiones* (pp. 151–168).
https://libros.iiec.unam.mx/sites/libros.iiec.unam.mx/files/2022-02/Estudios_cultura_vIV.pdf
- Bartra, A., Cárdenas, M. del R., Cejudo, G., Maldonado, V., Nahmad, S., Scott, J., Cruz, J., Gutiérrez, A., Del Muro, J., Barrios, K., y Gutiérrez, D. (2020). *Pobreza y personas mayores en México 2020*.
https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/adultos_mayores/Pobreza_personas_mayores_2020.pdf
- Butler, R. (1969). Age-Isim: Another Form of Bigotry. *Gerontologist*, 9(4), 243–246.
<https://agisme.eu/wp-content/uploads/2018/02/Butler-Ageism.pdf>

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2026). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*.
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*.
https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Cecchini, S., Villatoro, P., y Mancero, X. (2021). El impacto de las transferencias monetarias no contributivas sobre la pobreza en América Latina. *Revista de la CEPAL*, 134, 7–32.
- Chinas, C. (2009). La crisis del sistema de pensiones en México. *Revista semestral del Departamento de Estudios Ibéricos y Latinoamericanos*, 1.
<https://contexlatin.cucsh.udg.mx/index.php/CL/article/view/7901/7507>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2019). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*.
<https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/Metodologia-medicion-multidimensional-3er-edicion.pdf>
- FAO. (2012). *Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) - Manual de uso y aplicación*. www.rlc.fao.org
- FAO, FIDA, OMS, PMA, y UNICEF. (2023). El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2023. En *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2023*. FAO; IFAD; UNICEF; WFP; WHO; <https://doi.org/10.4060/cc3017es>
- Fitzpatrick, K., Greenhalgh-Stanley, N., y Ver Ploeg, M. (2019). Food deserts and diet-related health outcomes of the elderly. *Food Policy*, 87, 1–8.
<https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2019.101747>
- García, H., y Madrigal, R. (1999). Redes sociales y vejez: apoyos formales e informales en el área metropolitana de Monterrey. *Papeles de Población*, 5(19), 217–242.

- García-Hernández, H., y Giraldo-Rodríguez, L. (2024). La protección social en México. *Papeles de Población*, 30(119).
<https://doi.org/DOI:http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2024.119.06>
- Gazzotti, H. (2002). La marginalidad de la vejez. Un recorte de la marginalidad urbana contemporánea. *Gaceta Laboral*, 08(03), 373–389.
- Guardiola, J., y González-Gómez, F. (2010). La influencia de la desigualdad en la desnutrición de América Latina: una perspectiva desde la economía. *Nutr Hosp*, 25, 38–43.
- Gutiérrez, L. (2013). De la dependencia a la autonomía: una reflexión sobre el valor intrínseco de la vejez. En L. M. Gutiérrez Robledo, L. Lara Sáenz, y S. Vega y León (Eds.), *Derechos humanos de las personas de la tercera edad* (pp. 31–42).
- HelpAge International. (2018). *Freedom to decide for ourselves*. www.truedesign.co.uk
- Hernández-Grageda, N., y Ceballos, O. (2025). Food Insecurity and Mexico's Non-Contributory Pension: Evidence from Older Adults Living Alone and Without Social Support. *Sobre México. Temas de Economía*, 6(12), 5–35. https://sobremexico-revista.iberomex.mx/index.php/Revista_Sobre_Mexico/article/view/181/137
- Hernández, D. (2023, mayo 8). *¿En qué condiciones trabajan los adultos mayores?* Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO). . Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO).
- Huenchuan, S. (2012). Igualdad y universalidad de los derechos humanos en contexto de envejecimiento. En *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos* (pp. 19–55).
https://www.algec.org/biblioteca/Derechos_Foro_Mexico.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). *Pobreza Multidimensional*.
<https://www.inegi.org.mx/desarrollosocial/pm/#tabulados>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2025). *Análisis de los resultados de la medición de la pobreza multidimensional*, 2024. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2025/pm/pm2025_RR_08.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública, y Secretaría de Salud. (2024). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT CONTINUA 2024 Cuestionario del Hogar*. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2024/descargas.php>
- Juarez, L., y Pfutze, T. (2020). Can non-contributory pensions decrease food vulnerability? The case of Mexico. *Empirical Economics*, 59(4), 1865–1882. <https://doi.org/10.1007/s00181-019-01702-8>
- Madrigal-Martínez, M. (2010). Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. *Papeles de Población*, 117–153.
- Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, M., Acosta-Castillo, I., Sosa-Ortiz, A. L., Gutiérrez-Robledo, L., y Téllez-Rojo, M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Publica Mex*, 55, S323–S331.
- Martinez, S., Pérez, M., Tejerina, L., y Yarygina, A. (2020). Pensions for the Poor: the Effects of Non-contributory Pensions in El Salvador. *Journal of Economics, Race, and Policy*, 3(1), 96–115. <https://doi.org/10.1007/s41996-019-00032-2>
- Martínez-Martínez, O., Gil-Vasquez, K., y Romero-González, M. (2023). Food insecurity and levels of marginalization: food accessibility, consumption and concern in Mexico. *International Journal for Equity in Health*, 22(178). <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01977-5>
- Maxwell, D., Caldwell, R., y Bell, B. (2008). *The Coping Strategies Index Field Methods Manual Second Edition*.

- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/49cb8c52-7daa-4cc2-8fb9-f5220d5e4f39/content>
- Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Global report on ageism*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>
- Organización Mundial de la Salud. (2021b, marzo 18). *El edadismo es un problema mundial-Naciones Unidas*. <https://www.who.int/es/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un>
- Pereira, M. H. Q., Pereira, M. L. A. S., Campos, G. C., y Molina, M. C. B. (2022). Food insecurity and nutritional status among older adults: a systematic review. En *Nutrition Reviews* (Vol. 80, Número 4, pp. 631–644). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuab044>
- Pino, Y. (2017). Hambre y estrategias de sobrevivencia en la Ciudad de Medellín. *Revista Ratio Juris*, 12(24), 183–208. <https://doi.org/10.24142/raju.v12n24a9>
- Rivera Márquez, J., Ruiz Arregui, L., y Laurell, A. (2009). *Crisis, políticas de ajuste y alimentación-nutrición en la Ciudad de México : análisis del periodo 1970-1992*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- Rivera-Márquez, J. (2005). *Malnutrition, food insecurity and poverty in older persons from Mexico City* [London School of Hygiene and Tropical Medicine]. <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/1343271/1/423248.pdf>
- Rivera-Márquez, J. (2007). La satisfacción colectiva de las necesidades de alimentación-nutrición y su relación con la salud-enfermedad . En E. Jarillo y E. Guinsberg (Eds.), *La salud colectiva en México: temas y desafíos*. (p. 159). Lugar Editorial Buenos Aires.
- Rivera-Márquez, J., Mundo-Rosas, V., Cuevas-Nasu, L., y Pérez-Escamilla, R. (2014). Inseguridad alimentaria en el hogar y estado de nutrición en personas adultas mayores de México. *Salud Publica Mex*, 56, S71–S78.

- Rodríguez-Villamil, N., y Arboleda-Montoya, L. (2022). Estrategias de afrontamiento para acceder a los alimentos en hogares del departamento de Antioquia, Colombia. *Cadernos de Saude Publica*, 38(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00146521>
- Romero-Martínez, M., Shamah-Levy, T., Barrientos-Gutiérrez, T., Cuevas-Nasu, L., Bautista-Arredondo, S., Colchero, A., Gaona-Pineda, E., Martínez-Barnetche, J., Alpuche-Aranda, C., Gómez-Acosta, L., Mendoza-Alvarado, L., Rivera-Dommarco, J., y Lazcano-Ponce, E. (2024). Metodología y análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2020-2024. *Salud Publica Mex*, 66(8), 879–885. <https://doi.org/https://doi.org/10.21149/16455>
- Santana-Cárdenas, S., y López-Uriarte, P. J. (2021). Inseguridad alimentaria y calidad de vida en México: una revisión de estudios con enfoque cualitativo. *Journal de Ciencias Sociales*, 16.
- Secretaría de Bienestar. (2024). *ACUERDO por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, para el ejercicio fiscal 2025*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5747535
- Secretaría de Desarrollo Social. (2016). *Gaceta Oficial Distrito Federal*. <https://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatul/Distrito%20Federal/wo110104.pdf>
- Secretaría de Salud. (2001). *ACUERDO mediante el cual se emite el programa de apoyo alimentario, atención médica y medicamentos gratuitos para adultos mayores de 70 años, residentes en el Distrito Federal*. https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/2001_febrero_6_15.pdf
- Souza, B. F. do N. J., y Marín-León, L. (2013). Food insecurity among the elderly: Cross-sectional study with soup kitchen users. *Rev. Nutr., Campinas*, 26(6), 679–691.

- Tapia, L., y Martínez-Martínez, O. (2021). Universalidad e inseguridad alimentaria. Estudio cualitativo sobre la utilización del programa adultos mayores de la Ciudad de México. *Revista Propuestas para el Desarrollo*, V(V), 87–97. <https://www.propuestasparaeldesarrollo.com/index.php/ppd/article/view/123/158>
- Vaudin, A., Moshfegh, A., y Sahyoun, N. (2022). Measuring Food Insecurity in Older Adults Using Both Physical and Economic Food Access, NHANES 2013-18. *The Journal of Nutrition*, 152(8), 1953–1962. <https://doi.org/10.1093/jn/nxac058>

Anexos

ANEXO 1. CUESTIONARIO CUANTITATIVO

CUESTIONARIO

- | | |
|--|--|
| <p>1. Nombre</p> <p>2. Edad</p> <p>4. Ocupación</p> <p>6. ¿Es jefe/a de hogar?</p> | <p>3. Sexo</p> <p>5. Escolaridad</p> |
|--|--|

I. NIVEL SOCIOECONÓMICO

7. **Pensando en el jefe o jefa de hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?**

Respuesta	Puntos
No estudió	0
Primaria Incompleta	6
Primaria Completa	11
Secundaria Incompleta	12
Secundaria Completa	18
Carrera comercial	23
Carrera técnica	23
Preparatoria Incompleta	23
Preparatoria Completa	27
Licenciatura Incompleta	36
Licenciatura Completa	59
Diplomado, maestría, doctorado	85

8. **¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en esta vivienda?**

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	24
2 ó más	47

9. **¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?**

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	22
2 ó más	43

10. Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿este hogar cuenta con internet?

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Sí tiene	32

11. De todas las personas de 14 años o más que viven en el hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	15
2	31
3	46
4 o más	61

12. En esta vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	8
2	16
3	24
4 o más	32

II. IDENTIFICACIÓN DE HOGARES

13. ¿Cuántas personas viven en su hogar?

14. ¿Cuál es el nombre de los integrantes de este hogar, empezando por la jefa o el jefe? (Preguntar por cada integrante) ¿(Nombre) es hombre o mujer? _____ ¿Cuántos años tiene? ____ ¿Cuál es el último año o grado que aprobó en la escuela? _____ Ocupación _____ ¿Qué es (NOMBRE) de la (del) jefa (e) del hogar? Jefa(e) Esposa(o) o pareja _____ Hija(o) _____ Nieta(o) _____ Nuera/yerno _____ Madre o padre _____ Suegra(o) _____ Otro (especifica) _____ Sin parentesco _____

III. APOYOS SOCIALES

15. ¿Cuentan con alguno de estos programas que le voy a mencionar?

- Pensión para mujeres? 60 a 64 años
- Pensión para personas mayores? 65 años y más
- Despensas de alimentos del DIF? Para todos los integrantes del hogar
- Comedores Populares del DIF? Para todos los integrantes del hogar
- De Organizaciones No Gubernamentales? Para todos los integrantes del hogar

- f. Pensión para el bienestar de las personas con discapacidad? De 0 a 67 años de edad
- g. Salud Casa por Casa? Hogares (Nuevo programa)

16. Si cuentan con el programa "PENSIÓN PARA EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS MAYORES" ¿Quiénes son los beneficiarios? Anotar nombres

17. ¿Cuánto tiempo lleva recibiendo este apoyo? (especifica meses o años)

18. Con el dinero que recibe de este programa ¿en qué pueden gastar ahora usted y su familia que antes no podían? (Seleccione todas las que el /la entrevistado(a) mencione)

- 1 Alimentación, más comida o mejor comida que antes no comprábamos
- 2 Atención médica, medicinas y tratamientos
- 3 Utensilios y gastos escolares, colegiaturas
- 4 Guarderías, alguien que me cuide a mis hijos
- 5 Mejoras en la casa (mantenimiento, construcción)
- 6 Herramientas de trabajo, cosas que necesito para trabajar o para mi negocio
- 7 No lo gasto y ahora puedo ahorrar
- 8 Pagar deudas
- 9 Ayudar a familiares
- 10 Vacaciones o en entretenimiento como ir al cine, libros, museos, conciertos
- 12 NADA, puedo gastar en lo mismo que antes
- 13 No sabe/ No recuerda
- 14 OTRO (especifica)

19. ¿Hay algún aspecto de la vida de usted y su familia que haya mejorado a raíz de que recibe este dinero? SÍ NO NO SABE/ NO RECUERDA

20. ¿Qué aspecto de la vida de usted y su familia ha mejorado a raíz de que recibe este dinero?

- 1 Menos estrés, ya no me preocupo tanto
- 2 Mejoró la salud de la persona que recibe el apoyo
- 3 Pudimos mejorar nuestra casa
- 4 Pudimos pagar deudas
- 5 Ya no tenemos que pedir prestado
- 6 Pude invertir en mi negocio
- 7 Podemos hacer cosas que antes no podíamos para divertirnos
- 8 Podemos ahorrar para proyectos futuros en el hogar
- 9 Podemos ahorrar para la educación de los hijos
- 10 Mi calidad de vida mejoró
- 11 OTRO (especifica)
- 12 NADA, no creo que haya mejorado nada
- 13 No sabe

21. ¿Usted tiene acceso a servicios médicos? SÍ _NO_ NO SABE/ NO RECUERDA_

22. ¿En qué institución se atiende?

23. ¿Desde hace cuánto tiempo viene a este lugar? (ESPECIFICA MES O AÑOS)

IV. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA		Puntos:
24. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO		
Utiliza el teléfono por iniciativa propia		1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares		1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar		1
No utiliza el teléfono		0
25. HACER COMPRAS		
Realiza todas las compras necesarias independientemente		1
Realiza independientemente pequeñas compras		0
Necesita ir acompañado para cualquier compra		0
Totalmente incapaz de comprar		0
26. PREPARACION DE LA COMIDA		
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente		1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes		0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada		0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas		0
27. CUIDADO DE LA CASA		
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)		1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas		1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza		1
Necesita ayuda en todas las labores de casa		1
No participa en ninguna labor de la casa		0
28. LAVADO DE LA ROPA		
Lava por si solo toda la ropa		1
Lavo por si solo pequeñas prendas		1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro		0
29. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE		
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche		1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte		1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona		1
Utiliza el taxi o el automóvil solo con la ayuda de otros		0
No viaja		0
30. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN		
Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada		1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente		0
No es capaz de administrarse su medicación		0
31. MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS		
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo		1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras		1
Incapaz de manejar dinero		0

V. ESCALA LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE SOBRE SEGURIDAD ALIMENTARIA

A continuación, le voy a hacer unas preguntas relacionadas con las experiencias que han tenido, usted o algún miembro del hogar, relacionadas con la falta de dinero o recursos para comprar alimentos. Estas preguntas se refieren a lo que ha sucedido en los tres meses previos al día de hoy.

32. En los últimos tres meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted se preocupó de que los alimentos se acabarían en su hogar?

SI ☐ NO ☐ NO SABE/ NO RESPONDE ☐

33. En los últimos tres meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos? SI ☐ NO ☐ NO SABE/ NO RESPONDE ☐

34. En los últimos tres meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez en su hogar dejaron de tener una alimentación saludable, nutritiva, balanceada, equilibrada?

SI ☐ NO ☐ NO SABE/ NO RESPONDE ☐

35. En los últimos tres meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?

SI ☐ NO ☐ NO SABE/ NO RESPONDE ☐

36. En los últimos tres meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, comer, almorzar o cenar?

SI ☐ NO ☐ NO SABE/ NO RESPONDE ☐

37. En los últimos tres meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer?

SI ☐ NO ☐ NO SABE/ NO RESPONDE ☐

38. En los últimos tres meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar sintió hambre, pero no comió?

SI ☐ NO ☐ NO SABE/ NO RESPONDE ☐

39. En los últimos tres meses, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?

SI ☐ NO ☐ NO SABE/ NO RESPONDE ☐

40. Gracias por participar en esta encuesta. Para poder seguir investigando y ofrecerte más información o detalles sobre los resultados, ¿le podríamos contactar más adelante?

SI ☐ NO ☐ (Si desea que le contactemos) **¿Podría proporcionarnos su información de contacto?**

ANEXO 2. CUESTIONARIO CUALITATIVO

Instrumento de investigación (Guión de entrevista)

Buenos días / tardes. Mi nombre es Andrea Elizabeth Araujo Saldívar. Soy estudiante de la Maestría en Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Primero, quiero agradecerle sinceramente por aceptar participar en esta entrevista, su participación y experiencia es de gran valor. Esta entrevista forma parte de una investigación académica cuyo objetivo es analizar las estrategias de afrontamiento ante la inseguridad alimentaria en hogares con personas mayores en la Región Sur de Jalisco. No pertenezco a ninguna otra institución ni dependencia del gobierno, y todo lo que usted me comparta será confidencial. No se usará para ningún otro fin y no tendrá ningún impacto en los apoyos o servicios que usted recibe.

Durante la entrevista le haré algunas preguntas relacionadas con el tema, poniendo especial atención en su experiencia personal. La duración estimada de la entrevista es de 40 minutos a una hora y media. No hay respuestas correctas o incorrectas. Si en algún momento desea omitir alguna pregunta o finalizar la entrevista, puede hacerlo con toda confianza. ¿Está lista(o) para comenzar?

Preguntas introductorias (calentamiento)

1. *¿Para comenzar, podría contarme un poco sobre usted y su vida diaria aquí en (localidad)?*
2. *¿Cómo se organizan en su hogar para las actividades del día a día, como cocinar o hacer las compras? ¿Quién se encarga de la alimentación en su hogar?*
3. *¿Cómo es un día habitual en cuanto a las comidas? ¿Qué suelen desayunar, comer y cenar? ¿Cómo describiría la alimentación en su hogar?*
4. *¿Cómo consideraría su alimentación (saludable/variada) ¿por qué? ¿qué le faltaría a su alimentación, según su percepción?*

Primer apartado: dimensión económica

5. *¿Qué dificultades ha tenido para conseguir suficiente comida o alimento? ¿Qué preocupaciones ha tenido sobre la falta de alimentos en su hogar?*
6. *¿Qué hace principalmente cuando no tiene suficiente comida?*

7. *¿Qué cambios hace o ha hecho en su alimentación cuando tiene poco dinero para comprar alimentos?*
8. *¿Qué alimentos ha dejado de consumir por falta de dinero?*
9. *Cuando no hay suficiente dinero ¿Qué hacen para que la comida alcance?*
10. *¿Qué hacen en su hogar para asegurarse de que todos coman, incluso cuando hay pocos recursos?*

Segundo apartado: redes sociales de apoyo

11. *¿Qué familiares, amistades, vecinos u otras personas le apoyan en momentos cuando no hay suficiente comida? ¿Cómo le apoyan?*
12. *¿Qué familiar, amigo, vecino u otras personas le ayudan o le han ayudado con la compra de sus alimentos? ¿Cómo le ayudan o le han ayudado?*
13. *¿Qué familiar, amigo, vecino u otras personas le ayudan o le han ayudado a preparar sus alimentos? ¿Cómo le ayudan o le han ayudado?*
14. *¿De qué maneras usted ayuda o está al pendiente de otras personas, como familia, vecinos o amigos? ¿Cómo? ¿A quién/es?*

Tercer apartado: derechos sociales

15. *¿Por qué decide venir al comedor del DIF? ¿Desde hace cuánto que viene? ¿Qué es lo que más valora en este espacio? ¿Con quiénes comparte? ¿cómo ha cambiado el comedor a lo largo de los años? ¿Qué significa este espacio para la comunidad? ¿Por qué es importante para usted?*
16. *¿En qué utiliza principalmente su apoyo del bienestar? ¿Qué sucedía antes de recibir este apoyo? ¿Cómo ha cambiado su vida desde que recibe este apoyo?*

Cierre de la entrevista

17. *Antes de finalizar, quisiera darle espacio para agregar cualquier comentario... ¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre este tema?*

Le agradezco mucho su tiempo y disposición. Su testimonio es muy valioso para esta investigación.