



EL COLEGIO DE SONORA

MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES

Prácticas de cuidado y auto-cuidado de la salud en mujeres que participaron en *Meta → Salud*,
una intervención comunitaria para la prevención primaria de las enfermedades crónicas en
Hermosillo, Sonora, 2011-2012.

Tesis presentada por:

Karla Tatiana Robles Córdova

Para obtener el grado de

Maestra en Ciencias Sociales

en la línea de Estudios Socioculturales de la Salud

Directora de tesis

Dra. Catalina A. Denman Champion

Comité de tesis

Dra. María del Carmen Castro Vázquez

Jill G. de Zapien

A mis padres

Por su amor incondicional siempre

Agradecimientos

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el financiamiento recibido para cursar la maestría en Ciencias Sociales; a la comunidad de El Colegio de Sonora por acogerme y apoyarme durante la elaboración de este trabajo de tesis, al núcleo académico de esta institución por sus buenas intenciones con su alumnado al encaminarnos en la vida académica.

Doy gracias a mi directora de tesis, la doctora Catalina Denman Champion, por las enseñanzas, dedicación y paciencia con las que me acompañó durante el arduo proceso de auto aprendizaje, con admiración la reconozco como gran mentora y gran persona.

A la doctora María del Carmen Castro Vásquez, por sus observaciones y recomendaciones como lectora de este trabajo y profesora de esta institución, sus palabras y su experiencia me ayudaron a concentrarme, pensar y re pensar el trabajo que aquí se presenta.

A Jill de Zapien, quien a través de su trabajo, es posible darse cuenta cuál es el camino que se desea tomar, me ayudó no sólo como lectora externa de esta tesis, sino a reencontrarme con mis deseos y pasiones en esta vida.

Me siento totalmente agradecida con las mujeres que participaron de manera voluntaria en este trabajo de investigación, por su amabilidad, por compartir conmigo una parte de su vida y su experiencia, por el aprendizaje que me dejan; por su tiempo y disposición de ayudarme, por sus

tazas de café durante las entrevistas y sus amenas pláticas, por dejarme conocer a su familia, agradezco sus sonrisas de bienvenida y sus saludos de despedida; estoy en deuda con ellas y espero que este trabajo en conjunto cumpla su propósito.

A todo el personal del Centro de Estudios en Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora, quienes me dieron cobijo, de quienes aprendí el hermoso mundo de la academia, personas que creen y actúan por un mundo mejor, más humano. Lucía, Pati, Vero, Carmen A., Carmen C., Caro Gil, Pablo, Armando, Sarah, Brenda, Yajaira, Pati Mejía, Ignacio “nachito” y Rolando. A todas mis amigas y compañeras de *Meta* → *Salud*, especialmente a Elsa y Diana quienes siempre estuvieron dispuestas a leerme y ayudarme y con quienes compartí muchas aventuras en el trabajo de campo del proyecto.

A mi maestra, la Dra. Cecilia Ramírez Figueroa, quien me ayudó en la elaboración y selección de los casos, agradezco su paciencia, su dedicación, sus consejos, su amabilidad, su apoyo y su tiempo. A la Mtra, Claudia Carrillo Gracia, quien editó el trabajo que aquí se presenta, sin ella este trabajo no tendría forma y sería difícil su lectura, agradezco también sus consejos, sus comentarios, me declaro admiradora de su trabajo y su persona.

Le agradezco a mi familia su amor incondicional, su apoyo siempre, a mi madre y a mi padre quienes me llenan de motivos para seguir trabajando, para seguir creciendo. A mis hermanas les agradezco su presencia, siempre unidas.

A mis compañeras y compañero de maestría, agradezco su compañerismo, su amistad verdadera, sus consejos, por compartir su conocimiento conmigo y coincidir en un momento de la vida, no pude tener mejores personas a mi lado en esta etapa que culminó, Liz, Ismene, Javier, Elena. También, a mis amigas y amigos de toda la vida, siempre presentes, Mireya, Anehin, Ana, Rigo, Karla B.

Finalmente, agradezco a mi mejor compañero de vida, a mi mejor amigo, su apoyo, todo su amor, su cobijo, su luz, por alentarme a seguir creciendo, por motivarme a seguir mi camino a encontrarme, por confiar en mí aun cuando yo no lo hacía, gracias por existir.

Índice

Introducción	9
Capítulo 1. El contexto de las enfermedades crónicas no transmisibles en México y Sonora	21
1.1 Panorama general de las enfermedades crónicas no transmisibles	21
1.2 Aumento y prevalencia de las enfermedades crónicas en México; diabetes <i>mellitus</i> y enfermedades cardiovasculares.....	24
1.2.1 Diabetes <i>mellitus</i> en Sonora.....	27
1.3 Factores de riesgo en el incremento de las ECNT	28
1.3.1 <i>Sobrepeso y obesidad en México</i>	31
1.3.2. <i>Sobrepeso y obesidad en Sonora</i>	35
1.3.3 <i>Hipertensión arterial</i>	38
1.3.4 <i>Consumo de alcohol y tabaco en Sonora</i>	41
1.4 Respuesta social ante el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles en México y Sonora.....	44
1.5 Algunos modelos efectivos de intervención de enfermedades crónicas: el caso de <i>Meta →Salud</i> , una intervención comunitaria para la prevención primaria de las enfermedades crónicas	47

1.5.1	<i>Antecedentes</i>	49
1.5.2	<i>Diseño e implementación de Meta →Salud</i>	51
1.5.3	<i>Evaluación y resultados de Meta →Salud</i>	54
Capítulo 2. Marco teórico-conceptual		59
2.1	La dimensión teórica: la epidemiología sociocultural	60
2.2	Promoción de la salud.....	62
2.3	Prácticas de cuidado a la salud.....	65
2.3.1	<i>Prácticas de alimentación</i>	67
2.3.2	<i>Prácticas de actividad física</i>	69
2.4	Género y cuidado a la salud	70
2.4.1	<i>Roles de género</i>	72
2.4.2	<i>Cuidado a la salud</i>	75
2.4.3	<i>Auto-cuidado</i>	77
2.4.4	<i>Agencia</i>	81
Capítulo 3. Un acercamiento metodológico		83
3.1	Consideraciones éticas	88
3.1.1	<i>Consentimiento informado</i>	90
3.2	Diseño metodológico y técnicas de investigación	91

3.2.1	<i>La selección de las participantes</i>	91
3.2.2	<i>Técnicas de investigación</i>	97
3.3	El trabajo de campo	100
3.3.1	<i>Dificultades en el trabajo de campo</i>	106
Capítulo 4. Condiciones de vida y de salud en las participantes de <i>Meta</i> → <i>Salud</i>, los datos cuantitativos		108
4.1	Características sociodemográficas de las participantes	109
4.2	Condiciones de salud de las participantes.....	115
4.3	Cambios en los datos antropométricos	124
4.4	Cambios en la actividad física	129
4.5	Cambios en la alimentación	133
Capítulo 5. Prácticas de cuidado y auto-cuidado de la salud de las mujeres: los resultados cualitativos		142
5.1	Características de las mujeres	143
5.2	La descripción de las mujeres	147
5.3	“Ahora los miro y digo: ¡NO!, ¡tienen mucha azúcar!”	157
5.4	“A mí me encanta cocinar para mis hijos”.....	163
5.5	“Porque si no estoy saludable yo, ¿quién va a cuidar a mis hijos?”	171

5.5.1 <i>Te tienes que dar un tiempito para todo pues</i>	175
5.6 Los casos favorables y no favorables.....	177
Conclusiones	185
Recomendaciones	193
Bibliografía	195
Índice de Tablas	208
Índice de Gráficas	209
Anexos	212
1. Carta de consentimiento informado para participantes de <i>Meta</i> → <i>Salud</i>	212
2. Formato de medidas antropométricas	216
3. Cuestionario	218
4. Guía de entrevista dirigida a las participantes de <i>Meta</i> → <i>Salud</i>	254

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como enfermedades de larga duración y, por lo tanto, de lenta evolución; agrupa a las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas¹. Según datos de la OMS, en 2012, registraron 38 millones de muertes en el mundo, es decir, el 68% de las defunciones fueron a causa de las ECNT; solamente por diabetes, hubo 1.5 millones de muertes (OMS, 2016, 6). Hace pocos años se creía que las enfermedades crónicas se presentaban únicamente en países desarrollados, mientras que en los países de ingresos medios y bajos, las enfermedades infecciosas eran las preponderantes. Sin embargo, el informe de la OMS muestra que cerca del 80% de las muertes por ECNT se presentan en países de ingresos bajos y medios.

Las muertes a causa de enfermedades crónicas se han presentado en todas las regiones del mundo; en México, en el año 2012, el 53.6% de las defunciones registradas por INEGI fueron: el 14.1% por diabetes y el 35.7% a causa de enfermedades cardiovasculares. En 2014, en Sonora se registró que el 56.4% de la población que falleció, fue por ECNT, de las cuales, el 27.5% fueron enfermedades cardiovasculares y el 10.9%², fue por diabetes *mellitus*.

¹ http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

² Los datos se obtuvieron de los registros de defunciones generales por causa en 2012 del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI).

Los factores que causan las enfermedades crónicas pueden ser genéticos y/o modificables; los factores de riesgo prevenibles son la obesidad y el sobrepeso relacionados con la ingesta de grasas, azúcares y el sedentarismo, el tabaquismo y la hipertensión arterial (Córdova, 2008, 420). Hernández sostiene que la esperanza de vida se reduce entre 5 y 10 años en personas que viven con enfermedades crónicas, lo que deriva en muertes prematuras (2013, 130).

Ahora bien, con adecuados apoyos y una cultura de salud, pudiera prevenirse la aparición y/o complicaciones de las enfermedades crónicas actuando sobre algunos de sus factores de riesgo, como por ejemplo, al reducir el consumo de grasas, sales y azúcares, la práctica constante de actividad física y el bajo consumo de alcohol y tabaco a nivel individual. Pero es indispensable la acción desde el Estado en sus tres niveles, creando espacios de recreación y esparcimiento, inversión en educación para la salud, mejorando las prácticas políticas en la regulación de la industria alimentaria, para con ello fomentar una cultura de salud que beneficie la salud física, emocional y social de todos los individuos a nivel macro social (Denman et al. 2015, 55-61).

Se trata de una problemática seria y una preocupación a nivel internacional. En materia política se ha dado un esfuerzo para intentar frenar el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, lo cual se ha visto reflejado en reuniones de expertos (médicos, sociólogos, antropólogos, nutricionistas, ambientalistas, organizaciones de la sociedad civil), y políticos, quienes acuerdan las acciones a implementar para la atención, la prevención y la promoción de las enfermedades crónicas.

Las cumbres internacionales para promoción de la salud, dieron como resultado documentos como *La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* (WHO, 1986), *La Declaración de Sundsvall* (WHO, 1991), *La declaración de Yakarta, sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI* (WHO, 1997), entre otras. Los objetivos principales de estas conferencias, han sido definir las acciones que deben impulsarse desde los Estados nacionales, mediante el concurso de distintos actores y dentro del marco de la promoción de la salud. Estos documentos, difundidos por la OMS, señalan que las acciones a seguir van desde proveer a los individuos conocimientos sobre ambientes sanos, hasta formar sujetos empoderados, capaces de transformar su entorno individual y colectivo en beneficio de su salud. Por su parte, el Estado estaría comprometido a crear condiciones sociales y ambientales para que esto sucediera. A pesar de todo esto, las tendencias nacionales e internacionales muestran lo contrario: hay deficiencias serias en los entornos que debían promover la salud, (alimentación, actividad física, combate al tabaquismo y adicciones riesgosas) y limitaciones en los programas de promoción, mientras ello ocurre las enfermedades crónicas como las principales causas de muerte en México y en el mundo.

Se han impulsado investigaciones que documentan la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas en México (Barquera y Tolentino 2005; Córdova et al. 2008; OMS, 2014), y sus factores de riesgo como la obesidad, el sobrepeso y la hipertensión, con enfoque a la prevención y control (Barquera et al. 2010 y 2013; Campos et al. 2013; Hernández et al. 2013 y Jiménez et al. 2013).

Sin embargo, son más escasas las investigaciones que analizan los aspectos socioculturales que profundizan en la vida cotidiana y en la motivación de los sujetos para mejorar su salud y la de sus familias, y son aún menos los estudios que parten desde una perspectiva de género (Benitez, 2010; Ledón, 2011; Arenas, 2014). Se exploran poco los temas sobre el cuidado y auto-cuidado de las mujeres para prevenir las enfermedades crónicas. La investigación presentada en esta tesis pretende contribuir al análisis de estos temas en los procesos de salud/enfermedad/atención desde un enfoque de la epidemiología sociocultural, por medio de elementos teóricos y prácticos que nos permiten reflexionar sobre el fenómeno de la prevención y promoción a la salud en las mujeres.

El enfoque desde la epidemiología sociocultural implica, entre otras, la construcción de un diagnóstico en base a la visión epidemiológica clásica, predominantemente cuantitativa, en combinación con el análisis de entrevistas que permiten rescatar la visión y experiencia de las mujeres sobre sus prácticas de cuidado y auto-cuidado y desde una perspectiva de género.

Esta investigación retoma los aspectos anteriores para el caso de *Meta →Salud* -programa que formó parte de una iniciativa para frenar el aumento de las enfermedades crónicas en el mundo-, del Grupo de Centros de Excelencia para la Prevención y Tratamiento de Enfermedades Crónicas no Transmisibles de NHLBI y *UnitedHealth Chronic Disease Initiative*, a través de centros de excelencia que operan en once países aliados.

El programa comunitario de prevención y promoción primaria de enfermedades crónicas *Meta →Salud*, fue diseñado por El Colegio de Sonora y el Colegio de Salud Pública de la

Universidad de Arizona y forma parte del proyecto del Centro de Promoción de la Salud del Norte de México (CPSNM). El proyecto del CPSNM, tiene como objetivo “contribuir a la construcción de condiciones saludables en la población del norte de México a nivel individual, familiar, con enfoque en el modelo socio-ecológico desde la perspectiva de las ciencias sociales, la salud pública y la epidemiología sociocultural”³.

El objetivo de *Meta → Salud*, es brindar la información a los y las participantes que les permita prevenir enfermedades crónicas como la diabetes y las enfermedades del corazón, así como promover las habilidades y la motivación necesarias para mejorar su alimentación, aumentar la actividad física y adquirir otros hábitos que fomentan la salud⁴. El programa fue adaptado a las normas de salud y a las condiciones culturales en Sonora. Fue piloteado durante 2011-2013 con apoyo de la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora en Hermosillo.

Según la evaluación que se hizo, *Meta → Salud* demostró ser una intervención efectiva, ya que ayuda a las y los participantes a hacer cambios saludables en su alimentación y actividad física, y con ello, mejorar sus índices de masa corporal (IMC), sus medidas de cintura y cadera y reducir sus niveles de colesterol (Denman et al. 2014, 154).

³ Traducción propia, para consultar la cita original, véase: <http://www.nhlbi.nih.gov/about/org/globalhealth/centers/mexico-center-of-excellence.htm>

⁴ Información y programa en <http://sitios.colson.edu.mx/metasalud/>

Las y los participantes hicieron un cambio en el tipo de leche que consumían eligiendo una mejor opción y disminuyeron su frecuencia en el consumo de alimentos procesados o enlatados, declararon tener una mejor percepción de salud al finalizar el programa y consideraron tener menos días con mala salud emocional (Denman et al. 2015, 57).

Este programa es uno de los pocos que ha sido evaluado en tres momentos (al inicio del programa, al finalizar y 3 meses después de haber finalizado), con lo cual, se probó ser una intervención efectiva respecto a la prevención de ECNT y un modelo de promoción de la salud en el norte de México.

El análisis de esta información generó conocimientos sobre la efectividad de *Meta* → *Salud* como una intervención que promueve cambios en las prácticas de cuidado de la salud de las y los participantes en los grupos que fueron facilitados por promotoras y promotores de la Secretaría de Salud.

Hay algunos temas que no se han investigado aún respecto al programa, como por ejemplo, qué factores socioculturales influyen como obstáculos o facilitadores en el proceso de cambio que experimentan las y los participantes una vez finalizado el programa. Es por ello que nos interesa conocer, cómo vivieron estos cambios y, si han podido o no, mantener dichos cambios, tres y cuatro años después de haber finalizado el programa; esto ayudará a reflexionar sobre su efectividad a mediano y largo plazo, así como reforzar aquellos aspectos que ayuden a las personas a hacer y mantener sus cambios.

El presente trabajo de investigación describe y analiza los obstáculos y facilidades a los que se enfrentan cotidianamente las mujeres que participaron en *Meta → Salud* durante el año 2011 y el 2012 en sus prácticas de alimentación y actividad física. Pretende conocer sus estrategias de cuidado y auto-cuidado de la salud desde un enfoque de género y con atención en la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de la salud en general.

Al mismo tiempo, quisimos conocer el impacto que tuvo el programa en sus prácticas de alimentación y actividad física y cómo se han apropiado y han ejercido las recomendaciones que obtuvieron de *Meta → Salud*.

Para cumplir con los objetivos que nos planteamos, hicimos un estudio exploratorio de corte cuantitativo-cualitativo, el cual nos ayudó a conocer algunos aspectos como, por un lado, las condiciones sociales en las que viven las mujeres y que influyen como obstáculos y facilitadores en su proceso de cambio hacia mejores prácticas, así como el comportamiento en sus prácticas de alimentación, actividad física y su manifestación en sus datos antropométricos, y, por otro lado, documentamos las experiencias y estrategias que utilizan las mujeres para tener prácticas saludables por medio de una entrevista semi-estructurada, la cual nos permitió analizar sus experiencias desde una perspectiva de género. Gracias a estos elementos pudimos contestar las siguientes preguntas y objetivos.

Objetivo general:

Describir y analizar las prácticas de cuidado y auto-cuidado de la salud que influyen como obstáculos o facilitadores en el proceso de cambio de la alimentación y actividad física de mujeres que participaron en *Meta →Salud* durante 2011 y 2012, una intervención comunitaria para la prevención primaria de las enfermedades crónicas.

Objetivos específicos:

- Describir las prácticas que las mujeres que participaron en *Meta →Salud* tienen sobre el cuidado y auto-cuidado de la salud.
- Describir los obstáculos y los facilitadores que intervienen en el proceso de cambio de la alimentación y actividad física de las participantes de *Meta →Salud* para el cuidado y auto-cuidado de la salud.
- Describir y analizar la articulación entre la identidad o rol de género de las mujeres participantes con las prácticas de cuidado y auto-cuidado de la salud.

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son las prácticas de cuidado y auto-cuidado de la salud que influyen como obstáculos o facilitadores en el proceso de cambio en la alimentación y actividad física de mujeres que participaron en *Meta →Salud*, una intervención comunitaria para la prevención primaria de las enfermedades crónicas?

Preguntas específicas:

- ¿Cuáles son las prácticas que las mujeres participantes de *Meta →Salud* tienen sobre el cuidado y auto-cuidado de la salud?

- ¿Cuáles son los obstáculos que intervienen en el proceso de cambio de la alimentación y actividad física de las participantes de *Meta →Salud*?

- ¿Cuáles son los facilitadores que intervienen en el proceso de cambio de la alimentación y actividad física de las participantes de *Meta →Salud*?

-¿Cómo se articula la identidad de género de las mujeres con las prácticas de auto-cuidado de la salud?

Si bien, todas las personas realizamos cambios en nuestra salud en la vida cotidiana mediante acciones de cuidado y auto-cuidado, es importante señalar que estas son influenciadas por estructuras sociales que pertenecen a un entramado sociocultural (simbólico-subjetivo).

Las relaciones de género y la identidad de las mujeres ante el cuidado y auto-cuidado de la salud nos hace poner mayor atención en la incorporación de nuevos paradigmas respecto a la división y reparto equitativo de las labores domésticas y el cuidado de los otros en intervenciones y programas sobre promoción de la salud en aras de incrementar la capacidad de agencia de las mujeres para mejorar la toma decisiones saludables en su auto-cuidado (Lamas, 2000; Herrera, 2000; Esteban, 2003; Lagarde, 2003; Asakura, 2004; Bertran, 2006; Pérez-Gil, 2006; Casares, 2008; Berenzón et al. 2008; Arenas et al. 2014).

En el capítulo primero, se explora el panorama contextual sobre las enfermedades crónicas en el mundo, en México y Sonora desde su dimensión epidemiológica, donde se resalta el papel de las investigaciones en salud pública las cuales nos brindan cifras alarmantes sobre el incremento de las ECNT en los últimos años y sus principales factores de riesgo. Posteriormente, se hace una revisión de las principales cumbres internacionales en promoción de la salud como un medio para contrarrestar estas cifras. Después, se muestran los antecedentes de la presente investigación con la presentación del programa *Meta → Salud* y sus resultados, y finalmente, el problema a investigar en este trabajo.

En el segundo capítulo se describen los enfoques teóricos y conceptuales que guían este trabajo de investigación principalmente desde la sociología y la antropología de la salud y la perspectiva de género con las cuales intentamos comprender las prácticas de cuidado y autocuidado de la salud de las mujeres. Después, se presentan los conceptos que se utilizan para este análisis.

En el tercer capítulo, de corte metodológico, se describen los criterios de selección y la muestra, ya que se tomaron a diez mujeres (n=10) de las ciento cuarenta y ocho (n=148) participantes en la evaluación de *Meta → Salud* durante 2011-2012, con el fin de identificar a las sujetas de estudio. Cinco de ellas se seleccionaron por haber presentado resultados favorables y las otras cinco por no presentar resultados favorables en la evaluación. En este capítulo se describen los enfoques y procedimientos que se utilizaron para alcanzar los objetivos que proponemos; se levantó la misma información que en la evaluación de *Meta → Salud*, es decir, datos antropométricos y la aplicación del cuestionario sobre estilos de vida y salud (ver anexo), y además, se realizó una entrevista semi-estructurada a cada una de las participantes seleccionadas para este trabajo de tesis.

En el cuarto capítulo, se muestran los resultados de corte cuantitativo de los datos que se obtuvieron en las medidas antropométricas y el cuestionario sobre estilos de vida y salud. Mediante la comparación de los resultados al finalizar la participación en *Meta → Salud*, con los resultados que se obtuvieron en el presente trabajo, además de algunas experiencias de prácticas que las llevaron a obtener sus resultados, se vislumbran los cambios en el mantenimiento de prácticas

saludables en el consumo y frecuencia de alimentos y en la frecuencia de actividades físicas. También se exploran las condiciones de vida y de salud de las participantes.

En el quinto capítulo, se muestra el análisis de los resultados que se obtuvieron a través de la entrevista semi-estructurada, la cual nos permitió ver la articulación existente entre la perspectiva de género y las prácticas de cuidado y auto-cuidado de la salud desde el discurso de las sujetas de estudio: primero, se hace una descripción de cada una de las mujeres que participaron en esta investigación, y después, desde su experiencia nos da pie a la interpretación de la influencia que ejerce la estructura y los elementos simbólicos en las prácticas de cuidado y auto-cuidado de la salud las mujeres entrevistadas y que permiten u obstaculizan comportamientos saludables.

En las conclusiones se brindan los principales hallazgos de este trabajo y se sugieren algunas propuestas para mejorar programas de promoción de la salud con enfoque de género, en este apartado se sintetizan las respuestas a las preguntas de investigación y a los objetivos planteados anteriormente.

Capítulo 1. El contexto de las enfermedades crónicas no transmisibles en México y Sonora

El objetivo de este capítulo es ofrecer brevemente un contexto epidemiológico de las enfermedades crónicas no transmisibles⁵ (ECNT), la promoción de la salud y la importancia de su abordaje de manera profunda e interdisciplinaria para su control. Los traslapes con otros procesos sociales como la cultura e identidad de género que permean prácticas sociales cotidianas relacionadas con la alimentación y la actividad física. También, el problema de investigación relacionado a las prácticas de cuidado y auto-cuidado de la salud de las mujeres que fueron participantes de *Meta → Salud*

1.1 Panorama general de las enfermedades crónicas no transmisibles

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como enfermedades caracterizadas por ser de larga duración y lenta evolución, están incluidas las enfermedades cardiovasculares (ECV) como ataques cardiacos y accidentes cerebrovasculares (AVC), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas como el asma y las obstrucciones de pulmón, y la diabetes *mellitus* (DM)^{6,7}.

⁵ De ahora en adelante se usará la abreviación ECNT para referirse a las enfermedades crónicas no transmisibles

⁶ Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Centro de Prensa <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/> (15 de enero de 2016).

⁷ La Organización Mundial de la Salud, define a la diabetes *mellitus* como una enfermedad crónica que se caracteriza por una insuficiente producción de insulina del páncreas o cuando el organismo no la utiliza eficazmente. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Temas de Salud http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/ (15 de enero de 2016).

La OMS sostiene que actualmente, las enfermedades crónicas son las principales causas de muerte en el mundo, con un aproximado de 38 millones de personas, afectando a población cada vez más joven de entre 30 y 70 años, lo que propicia defunciones prematuras. De la cantidad total, al menos 1.5 millones de muertes han sido sólo por diabetes (OMS, 2016, 6).

Según estimaciones presentadas en su informe, la OMS señala que cerca del 85% de las muertes por ECNT se dan en países con ingresos medios y bajos, debido a desigualdades sociales como la pobreza y la falta de acceso a servicios de salud de calidad, entre otros (OMS, 2014, 7; Barquera et al. 2005, 138; Barquera et al. 2010, 399; Córdova et al. 2008, 421).

En México, la situación no es distinta al resto del mundo, ya que el 77% de las muertes registradas son debido a ECNT; las enfermedades cardiovasculares (ECV) ocupan el 24%; el cáncer, 12%; las enfermedades respiratorias crónicas, 6%, y; la diabetes *mellitus* (DM), 14% (OMS, 2014, 123). Las ECNT y, en especial la DM, han aumentado en los últimos treinta años, la tasa de mortalidad por diabetes pasó de 21.9% a 72.2% por cada 100 mil habitantes durante el periodo de 1980 a 2009 (Reyes, 2013, 13-19). La incidencia de este problema se relaciona con transformaciones socioeconómicas que se reflejan en el comportamiento de la salud y la enfermedad en todo el mundo, a esto se le ha denominado la transición epidemiológica (Omran, 2005, 738).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2013 las ECV y la DM fueron las principales causas de muerte en México, representando el 23.8% y el 14.3%

(respectivamente) del total de defunciones. Estas cifras nos motivan a buscar, de manera profunda, las condiciones sociales asociadas a estos padecimientos desde las ciencias sociales, con enfoque sociocultural y a la vida cotidiana, que sirva para mejorar programas de promoción y prevención de la salud que ayuden a contrarrestar dichas cifras.

Las investigaciones señalan que las enfermedades crónicas se deben a condiciones multifactoriales como el incremento y prevalencia en el sobrepeso, la obesidad y la hipertensión (Barquera et al. 2005, 2007, 2010 y 2013; Campos et al. 2013; Hernández et al. 2013), debido al consumo excesivo de bebidas azucaradas, dietas altas en grasa y sodio y la inactividad física (Arroyo, 2008; Barquera et al. 2001; González, 2007; Córdova, 2008). Estos elementos están determinados⁸ por factores socioculturales como el sistema mercantil, el sistema laboral, las condiciones socioeconómicas, culturales, políticas y ambientales, las cuales generan desigualdades respecto a la venta y compra de alimentos saludables; así como la falta de espacios seguros, las dinámicas y relaciones sociales que establecemos a través de la comida, así como las relaciones y prácticas desiguales que se establecen a través del sistema de género^{9, 10} (Carrasco, 2006, 86).

⁸ Según la Organización Mundial de la Salud, los determinantes sociales de la salud son: “Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” http://www.who.int/social_determinants/es/

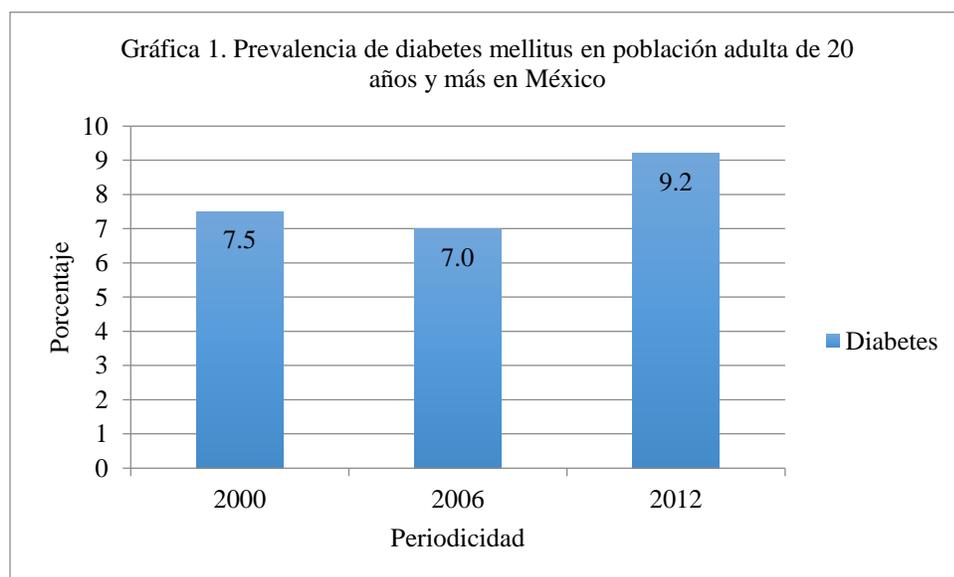
⁹ Las prácticas de alimentación y actividad física están relacionadas con la construcción social de la diferencia sexual en torno a la división social de las responsabilidades en el hogar. Pérez-Gil menciona que socialmente las mujeres han sido las encargadas de la salud y la alimentación familiar y que esa responsabilidad socialmente asumida ha traído consecuencias en la alimentación y auto cuidado de las mujeres (2007, 446).

¹⁰ Con el término sistema de género nos referimos a las relaciones desiguales que se establecen entre hombres y mujeres y sus determinantes.

1.2 Aumento y prevalencia de las enfermedades crónicas en México; diabetes *mellitus* y enfermedades cardiovasculares

Como hemos mencionado, en los últimos treinta años ha habido un incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles en México. En el 2000, el 7.5% de la población tenía diabetes; en 2006 se mantuvo estable en 7.0%; para el 2012 aumentó 2.2 puntos porcentuales, es decir, el 9.2% de la población padecía esta enfermedad (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Prevalencia de diabetes *mellitus*, en población adulta de 20 años y más en México

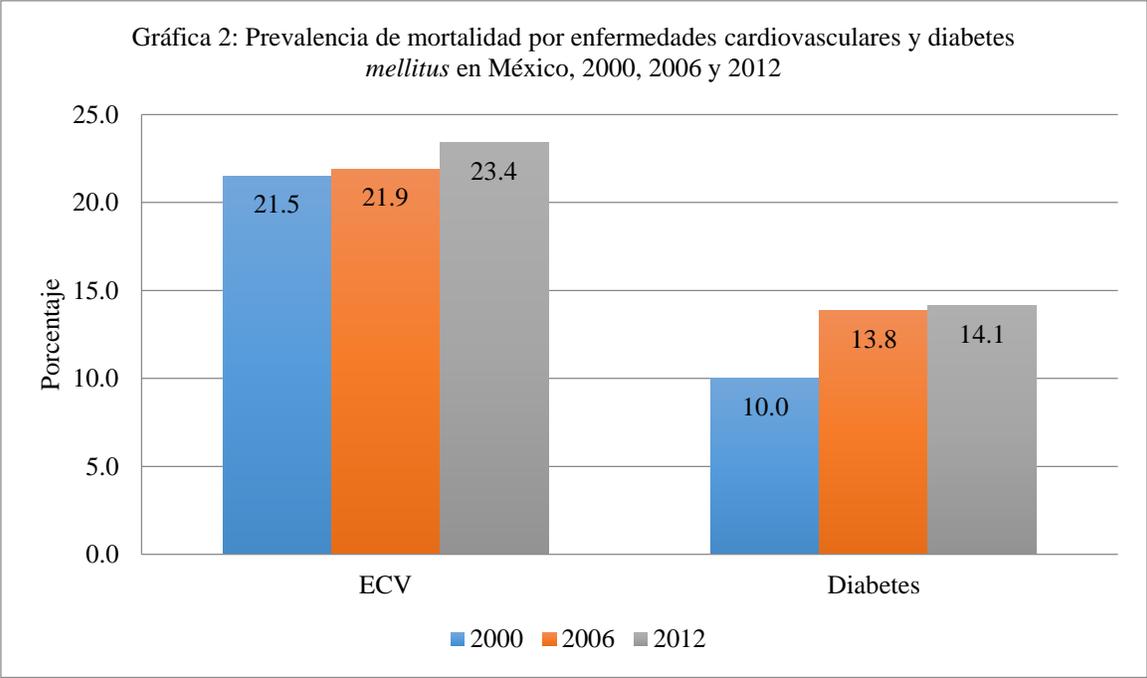


Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2000, 2006 y 2012

Las ECNT representan uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud en México, pues generan altas tasas de mortalidad e incapacidad prematura. Cristina Gutiérrez et al., sostiene que el costo económico derivado de las ECNT y sus complicaciones fluctuará entre 78,000 millones y 110,000 millones de pesos en 2017 si no se toman medidas efectivas en prevención y promoción de la salud que actúen sobre todos sus factores de riesgo (2013, 348).

La mortalidad a causa de las enfermedades crónicas no transmisibles crece cada año. Las ECV aumentaron 1.9 puntos porcentuales del 2000 al 2012 y la diabetes *mellitus* 3.4 puntos porcentuales. En el 2000 y 2006 las ECV presentaban el 21.5% y el 21.9% de las muertes registradas respectivamente, frente a la diabetes *mellitus* que representaba el 10.7% en el 2000 y el 13.8% en el 2006, es decir, las cifras de mortalidad e incidencia debido a estas enfermedades crece cada año (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Prevalencia de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y diabetes *mellitus* en México, 2000, 2006 y 2012

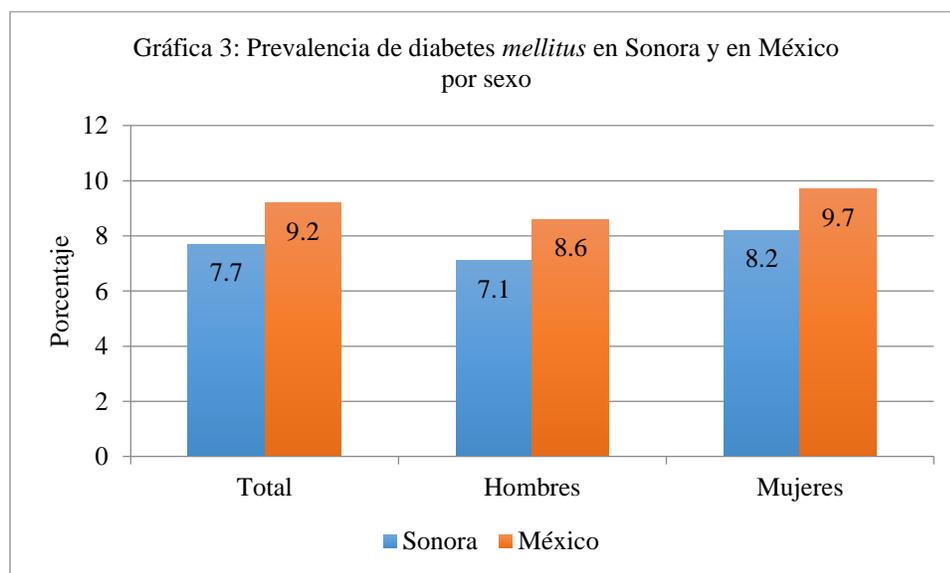


Fuente: Elaboración propia con datos de mortalidad por causa. Datos tomados del Instituto Nacional de Geografía y Estadística 2000, 2006 y 2012.

1.2.1 Diabetes *mellitus* en Sonora

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012¹¹, en México, la población de 20 años y más, con diagnóstico médico previo de diabetes fue de 9.2%, y en Sonora, de 7.7%. Las mujeres son las que presentaron mayor incidencia, tanto en México (9.7%), como en Sonora (8.2%), frente a los hombres con 8.6% y 7.1% respectivamente (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Prevalencia de diabetes *mellitus* en Sonora y en México por sexo



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT, 2012

La atención a los factores de riesgo asociados a las ECNT se ha tratado de forma parcial y no desde perspectivas multidisciplinarias que ayuden a comprender profundamente su incidencia.

¹¹ La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) actualiza la información que se genera a través del Sistema Nacional de Encuestas de Salud, su periodicidad es de seis años, de esta manera, la ENSANUT 2012 presenta los resultados más recientes.

Falta también, una adecuada política pública con énfasis en la prevención primaria y promoción de la salud, mediante programas eficaces basados en evidencia científica tanto cuantitativa como cualitativa. Estas cifras alarmantes, no sólo muestran un panorama desolador frente a la incidencia y mortalidad de las ECNT, sino que se evidencia un vacío en el compromiso político y social para mejorar las condiciones de la población expuesta a los factores de riesgo de estas enfermedades (Barquera et al. 2001, 475).

Anteriormente mencionamos que algunos de los factores de riesgo de mayor asociación al aumento y prevalencia de las ECNT son el sobrepeso, la obesidad y la hipertensión arterial, mismos que, a su vez, se relacionan con comportamientos conductuales como una dieta alta en azúcar, grasas, sodio y a la inactividad física. Así pues, en este trabajo se sugiere la importancia de la incorporación de factores socioculturales con atención no sólo en conductas individuales sino también, en fenómenos sociales, económicos, políticos y culturales.

1.3 Factores de riesgo en el incremento de las ECNT

La Organización Mundial de la Salud, los acuerdos internacionales en promoción de la salud, el plan para la prevención y atención a las ECNT, así como algunos autores coinciden que los factores de riesgo asociados se encuentran entre lo biológico y lo social. Es decir, aquellos factores de riesgo que no podemos modificar como la edad, pertenecer a alguna raza o etnia, tener antecedentes familiares con ECNT y madres de hijos con peso mayor a 4 kg al nacer; también, a

factores de riesgo modificables, o sea, aquellos que con un cambio de hábitos se pueden prevenir, como una dieta adecuada, realizar actividades físicas constantes y el consumo moderado de tabaco y alcohol (ver tabla 1).

Tabla 1. Factores de riesgo asociados a las ECNT

FACTORES DE RIESGO	
No modificables	Modificables
Edad	Sobrepeso y obesidad
Pertenecer a alguna raza o etnia específica como afroamericana, latinoamericanas y afroasiática	Hipertensión arterial
Antecedentes familiares	Inactividad física
Madre de bebé con peso mayor a 4 kg. al nacer	Tabaquismo
	Consumo de alcohol

Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud, 2016

Hacer frente a los factores de riesgo asociados a las ECNT mediante la prevención y la promoción de la salud es una medida efectiva para reducir la mortalidad e incidencia de estos padecimientos. Ismael Campos et al., sostiene que el énfasis de los programas de prevención y promoción de la salud tiene que estar en la modificación de estilos de vida saludable mediante una alimentación baja en grasas y azúcares y, en la promoción de actividad física:

...asegurar que los programas de promoción y prevención de la salud sean diseñados considerando como eje principal la adopción de estilos de vida saludable que incluyan, desincentivar el inicio del tabaquismo y la cesación entre los adictos, mantener una dieta con bajo contenido de grasas saturadas, grasas trans, colesterol, sodio y alcohol, pero con alto consumo de verduras, cereales, granos enteros y lácteos bajos en grasa; además, promover la práctica constante de actividad física moderada y vigorosa al menos 150 minutos a la semana (2013, 149).

Sin embargo, estas recomendaciones parecen acotadas si no ponemos atención en los procesos socioculturales que conllevan los cambios en la alimentación y la actividad física de quienes los realizan. Los procesos de cambio, se limitan por factores como la desigualdad social que se genera por los roles de género que desempeñamos, donde las mujeres han sido las responsables del cuidado de la salud de los otros y simbólicamente se les ha otorgado el control y mantenimiento de las enfermedades que este cuidado puede propiciar. Además, también limitan el cambio, factores sociales como el acceso a comida saludable, a espacios de recreación y esparcimiento que pueden ser afectados por fenómenos como la inseguridad.

Desde esta perspectiva, los factores de riesgo modificables, asociados a las ECNT, conllevan una serie de elementos socioculturales que, finalmente se objetivan en el cuerpo, facilitando mediciones de tendencias una vez que se tiene el padecimiento, como en el caso del sobrepeso, la obesidad e hipertensión arterial, o cuando se tienen prácticas consideradas nocivas para el cuerpo humano como el consumo de alcohol y tabaco.

1.3.1 Sobrepeso y obesidad en México

Los factores de riesgo de mayor atribución en el incremento y prevalencia de las ECNT son el sobrepeso, la obesidad y la hipertensión arterial, padecimientos que han sido asignados a comportamientos individuales en el alto consumo de grasas, sodio, azúcar y a la inactividad física. Sin embargo, concebirlos como únicos o separados, limita tener una visión profunda del problema, al no integrar los factores sociales, culturales, políticos y económicos que inciden en el problema.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sobrepeso y la obesidad son padecimientos que se caracterizan por una acumulación excesiva de grasa, debido a que se consumen más calorías de las que se gastan en el día. En 2014, se registraron más de 600 millones de personas con obesidad en todo el mundo¹² situándolos en riesgo de padecer ECNT. La OMS establece como unidad de medida internacional el índice de masa corporal (IMC), las clasifica en peso normal, sobrepeso y obesidad, el cual se calcula con la división del peso en kilogramos entre el cuadrado de la talla en metros de cada persona (kg/m^2), (ver tabla 2).

¹² Organización Mundial de la Salud. Sobrepeso y obesidad. Centro de prensa <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> (12 de junio de 2016).

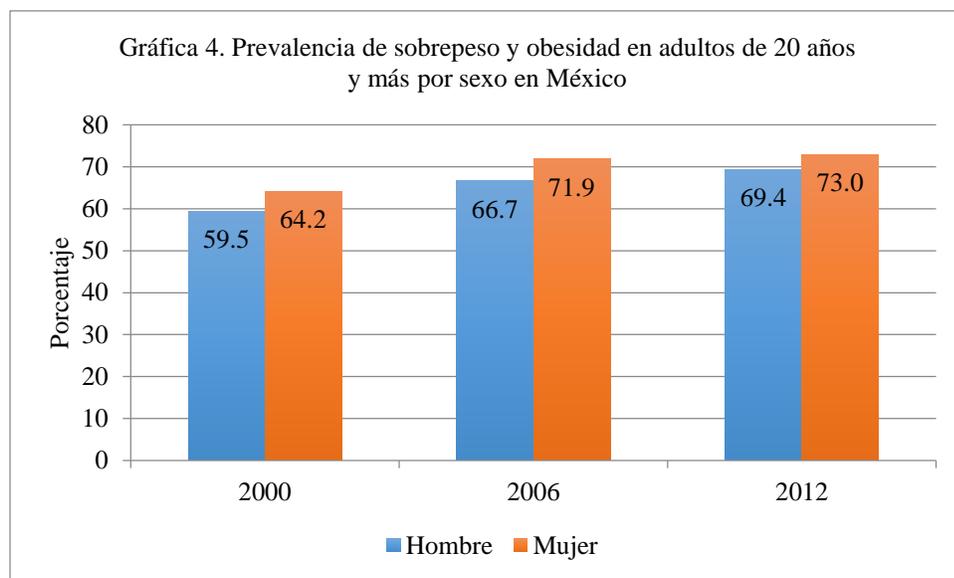
Tabla 2. Clasificación del índice de masa corporal según la Organización Mundial de la Salud

Índice de masa corporal	
Peso normal	Peso menor a 25 kg/m ²
Sobrepeso	Peso mayor o igual a 25 kg/m ²
Obesidad	Peso mayor o igual a 30 kg/m ²

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2016.

En México, del año 2000 al 2012 se registró un incremento significativo de 9.4 puntos porcentuales en la población adulta que padecía sobrepeso y obesidad, según la ENSANUT. En el 2000, la población total que padecía sobrepeso y obesidad era de 61.8%, los hombres (59.5%) presentaban menores porcentajes que las mujeres (64.2%), y por lo tanto, con menor riesgo de padecer ECNT; en el 2006, las mujeres aumentaron 5.2 puntos porcentuales, lo que se traduce en un porcentaje de 71.9% frente al 66.7% para los hombres. Para el 2012, las cifras continuaron aumentando, tanto para mujeres (73.0%), como para los hombres (69.4%) (ver gráfica 4).

Gráfica 4. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 20 años y más por sexo en México



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2000, 2006 y 2012

En los últimos doce años, se puede ver un aumento de sobrepeso y obesidad para toda la población en México, sin embargo, lo que nos interesa resaltar mediante estas cifras es la posición en la que se encuentran las mujeres frente a los hombres y que las sitúa con un riesgo mayor de padecer ECNT.

Algunos autores sugieren que los programas de prevención y nutrición están adjudicados diferencialmente a las mujeres por su condición social como cuidadoras de la salud familiar. Entonces, ¿por qué son las mujeres las que padecen mayores desventajas en el aumento e incidencia del sobrepeso y obesidad?, esa misma condición socialmente asignada como cuidadoras

de los otros limita la autonomía para el auto-cuidado a su salud y las posiciona en mayores desventajas.

El comportamiento en el incremento y prevalencia del sobrepeso y la obesidad no sólo se ha dado respecto a las diferencias culturales de género, sino también, en las diferencias regionales. A este respecto, la Encuesta Nacional de Salud 2012, registró que las zonas geográficas del norte presentaron mayores tendencias de sobrepeso y obesidad frente a las del centro y sur (Barquera et al. 2013, 154).

El estado de Sonora se encuentra dentro de las entidades federativas que tienen mayor tendencia de obesidad abdominal, el 73.8% del total de sus habitantes tienen esta condición, tendencia que lo sitúa como un estado con un factor de riesgo alto para las ECNT.

Pérez-Gil (2009, 393; 2010, 195-196), señala que desde la perspectiva de la antropología de la alimentación, las diferencias regionales en la tendencia y prevalencia del sobrepeso y la obesidad se explican desde la cultura¹³, es decir, en las costumbres, comportamientos, prácticas y representaciones sociales que relacionan la alimentación como un acto biológico de nutrir el cuerpo y los aspectos socioculturales que se generan alrededor de ella. De esta manera, Meléndez nos recuerda que en Sonora la cocina tradicional está basada principalmente en el consumo de

¹³ La cultura puede definirse como un: "...esquema históricamente transmitido de significaciones representadas en símbolos, un sistema de concepciones heredadas y expresadas en formas simbólicas por medios con los cuales los hombres comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y sus actitudes frente a la vida" (Geertz, 1973, 88).

productos de las actividades económicas tradicionales del estado, como la agricultura en el cultivo de trigo para la elaboración de tortillas de harina, y la ganadería como proveedora de carne seca y fresca, leche, quesos y mantequilla, alimentos con alto contenido de grasas (2008, 190).

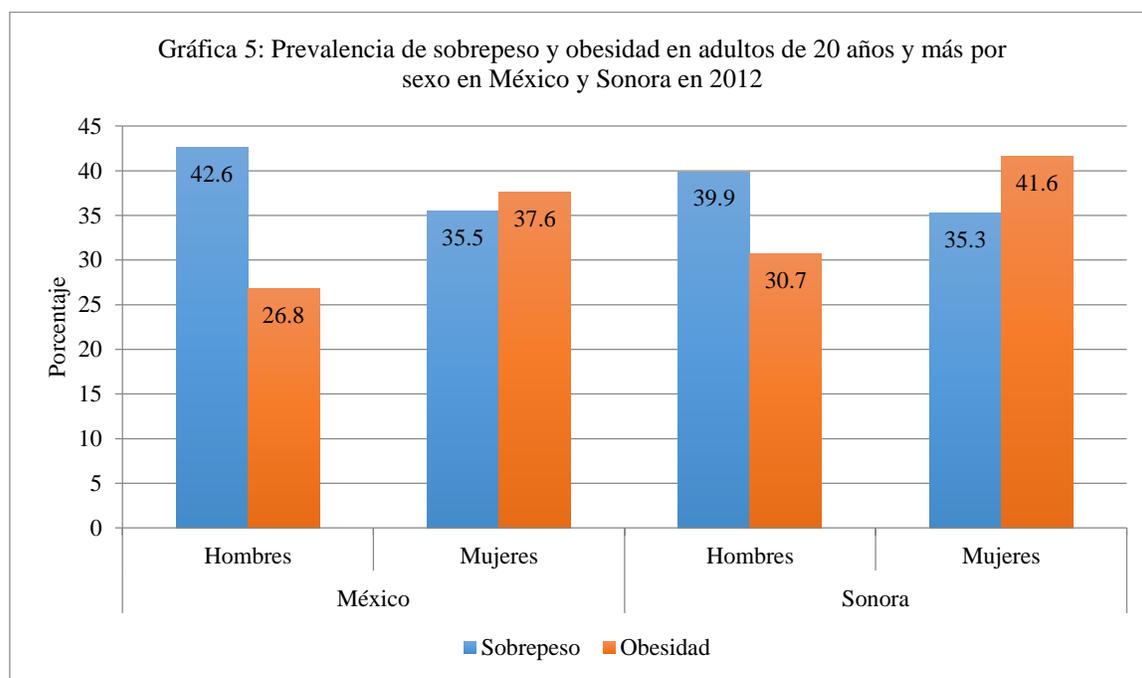
1.3.2. Sobrepeso y obesidad en Sonora

Como mencionamos anteriormente, según datos de la ENSANUT 2012, en México, la prevalencia de sobrepeso y obesidad¹⁴ en adultos de 20 años y más es del 71.2%, es decir, 7 de cada 10 personas cuentan con estos factores de riesgo, el 42.6% de los hombres tiene sobrepeso y el 26.8% obesidad, frente a las mujeres quienes el 35.5% tiene sobrepeso y el 37.6% obesidad.

En Sonora, los datos no son diferentes, el 37.6% de la población mayor de 20 años tiene sobrepeso, y el 36.1% obesidad. El 35.3% de las mujeres en Sonora presenta sobrepeso y el 41.6% obesidad, frente a los hombres con el 39.9% de sobrepeso y 30.7% de obesidad (ver gráfica 5), es decir, los hombres presentan mayor porcentaje de sobrepeso que las mujeres, sin embargo, son las mujeres las que presentan más casos de obesidad que los hombres en Sonora.

¹⁴ La ENSANUT toma las clasificaciones de la OMS para la medición del sobrepeso y obesidad.

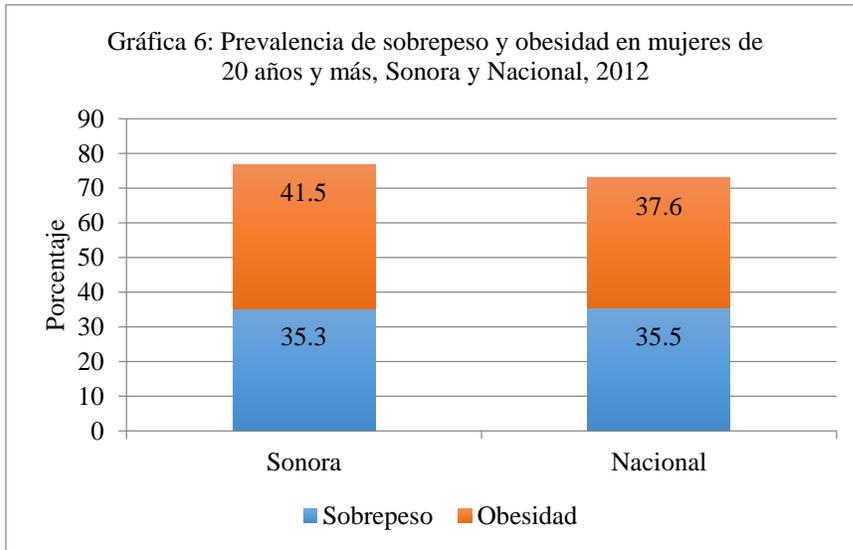
Gráfica 5. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 20 años y más por sexo en México y Sonora en 2012



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT, 2012.

La prevalencia de obesidad en las mujeres de Sonora se encuentra por arriba de la media nacional con un 41.6% de los casos de obesidad, frente al 37.6% en México. En el caso del sobrepeso, la situación no es diferente en Sonora (35.3%) al resto de las mujeres en el país (35.5%), estas cifras evidencian un grave problema para las mujeres ya que tienen un riesgo mayor de padecer ECNT que los hombres (ver gráfica 6).

Gráfica 6. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres de 20 años y más, Sonora y Nacional, 2012.



Fuente: Elaboración propia con datos de ENSANUT, 2012

Las desigualdades en la salud de las mujeres forman parte de las desigualdades sociales que se experimentan en la salud de la población. En el caso de factores de riesgo asociados a las ECNT, son las mujeres quienes presentan mayores índices de obesidad en México, lo que las posiciona con un riesgo alto de tener este padecimiento. A pesar de que algunos autores han señalado la importancia de incorporar perspectivas multidisciplinarias para abordar de manera profunda las ECNT, estas no han sido incorporadas en los programas de prevención, como consecuencia, parecen no tener éxito en la incidencia acelerada de estos factores de riesgo.

Pérez-Gil (2009, 393), sostiene que a pesar de que la perspectiva biomédica se ha encargado de evidenciar la diferencia entre mujeres y hombres respecto a la acumulación de grasa, el cual implica que los hombres tienen un gasto energético mayor, no explica en su totalidad el

fenómeno. Para ello, se requiere una visión con mayor profundidad que muestre las condiciones sociales que impactan la salud de las personas y que obstaculiza o favorece su salud.

En el caso de las mujeres, la construcción cultural sobre la identidad de género influye de manera significativa en las prácticas de alimentación y actividad física. Se ha documentado que las actividades de las mujeres, tanto en el ámbito doméstico, como en el sector público no generan el gasto energético requerido para prevenir la obesidad. Así pues, las actividades socialmente asignadas para las mujeres provocan obesidad, además, se unen otros factores de riesgo como la hipertensión arterial y el consumo de alcohol y tabaco (Ibid, 2007, 448; González, 2009, 25-26).

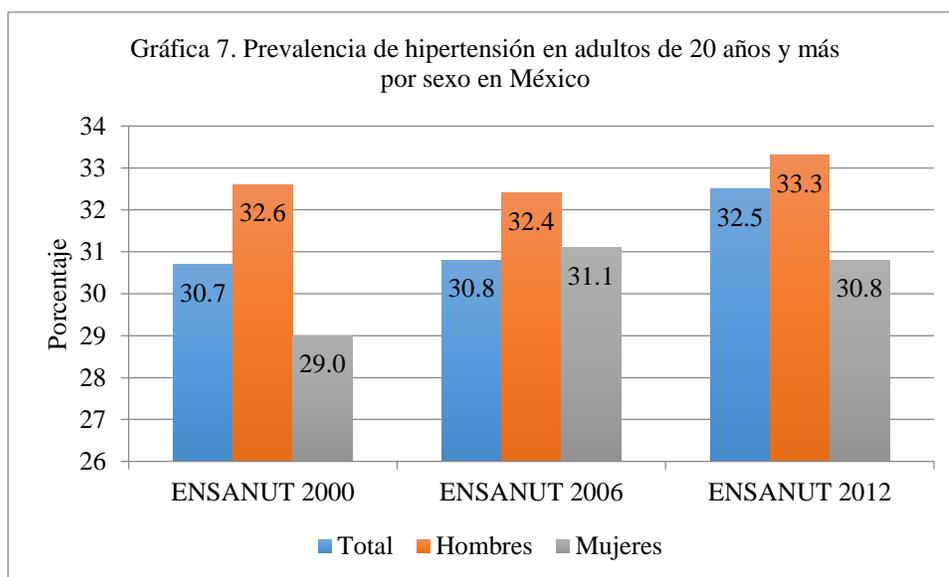
1.3.3 Hipertensión arterial

Otro factor de riesgo asociado a las ECNT es la hipertensión arterial (HTA), que se caracteriza por un aumento en la tensión arterial y el tiempo que tarda en fluir la sangre. La HTA es uno de los factores de riesgo de mayor asociación a las ECV y está relacionada con factores individuales de tipo conductual como el abuso excesivo de grasas, sodio y la inactividad física (Campos et al. 2013, 145).

En México, las personas que padecían hipertensión arterial en el año 2000 ascendían a 30.7% de la población total, en este caso, los hombres tenían mayor porcentaje frente a las mujeres (32.6% vs 29.0% respetivamente). Para el 2006, la población total que padecía hipertensión se mantuvo en 30.8%, sin embargo, las mujeres (31.1%) aumentaron 2.1 puntos porcentuales frente a los

hombres (32.4%) que se mantuvieron relativamente estables. Para el 2012, la población total aumentó 1.7 puntos porcentuales, es decir, el 32.5% de la población total tenía hipertensión (ver gráfica 7).

Gráfica 7. Prevalencia de hipertensión en adultos de 20 años y más por sexo en México.



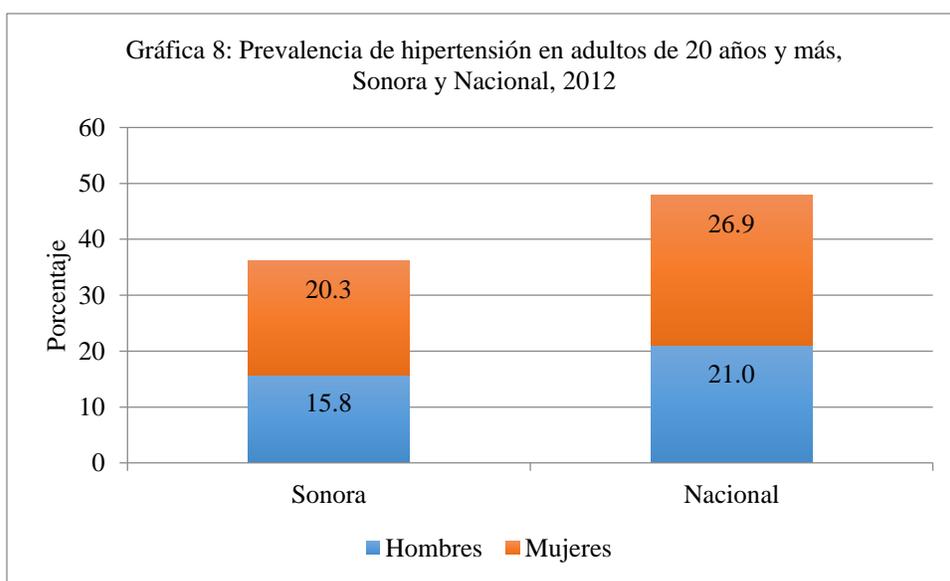
Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT 2000, 2006 y 2012.

En términos estadísticos, tal vez estas cifras no representen grandes cambios, según algunos autores, la HTA en adultos mexicanos se ha logrado mantener estable en los últimos doce años, sin embargo, nos muestran que aproximadamente tres de cada diez personas padecen presión arterial alta, es decir, están en riesgo de desarrollar ECNT. Estas cifras evidencian un grave problema en salud pública, ya que si continúan aumentando como lo han hecho hasta ahora, las ECNT también lo harán, por ello, se tienen que crear medidas urgentes de prevención y promoción

de las ECNT de manera efectiva, basadas en evidencia científica que no sólo se centren en conductas individuales, sino también, en factores socioculturales, de política pública, económicos y del entorno (Ibid. 149).

Respecto al estado de Sonora, la ENSANUT 2012 encontró que el 20.3% de las mujeres presentaba hipertensión arterial alta, frente al 26.9% a nivel nacional; en el caso de los hombres, el 15.8% tiene HTA frente al 21.0% a nivel nacional. Como podemos observar, estas cifras nos muestran que nuevamente las mujeres presentan mayores casos de este padecimiento frente a los hombres en Sonora, pero no frente al resto de las mujeres en México (ver gráfica 8).

Gráfica 8. Prevalencia de hipertensión en adultos de 20 años y más, Sonora y Nacional, 2012



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT, 2012.

Hay diferencias de género en la incidencia de factores de riesgo asociados a las ECNT en Sonora, las mujeres presentan mayores porcentajes de sobrepeso, obesidad e hipertensión arterial que los hombres, sin embargo, los hombres presentaron mayor consumo de alcohol y tabaco, lo que se traduce, no sólo en factores de riesgo para un padecimiento médico, sino en factores de riesgo de carácter social y cultural que derivan en consecuencias mortales de género como la violencia y accidentes asociados al consumo de alcohol (Arenas, 2014, 66).

Las prácticas cotidianas socialmente asignadas a hombres y mujeres, posibilitan la incidencia y prevalencia de estos factores de riesgo para las ECNT, debido a que, en el caso de las mujeres, posterguen su propia salud por el cuidado y el bienestar del otro, tanto en su alimentación como en su actividad física, lo que tiene como consecuencia mayores desventajas y riesgos de salud frente a los hombres.

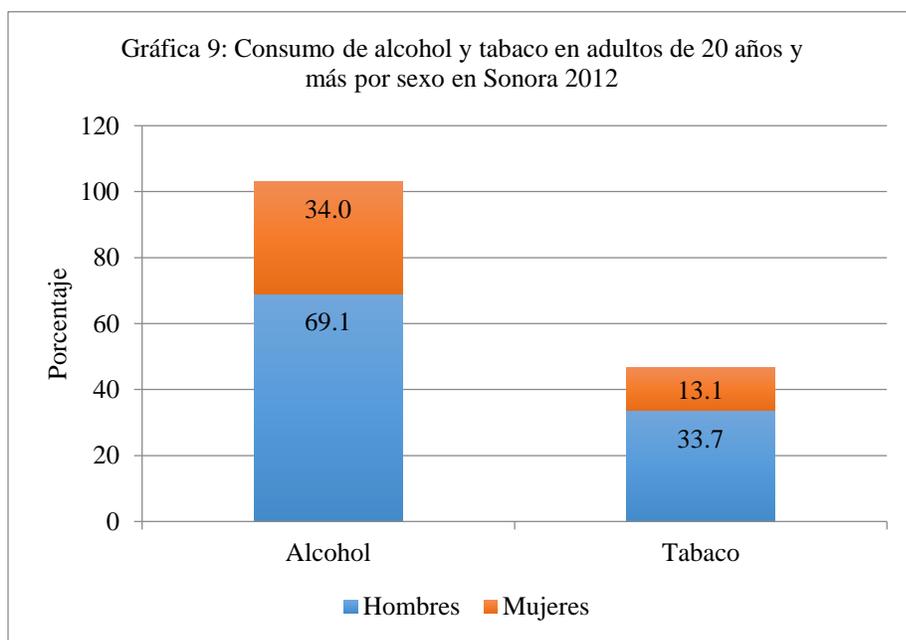
1.3.4 Consumo de alcohol y tabaco en Sonora

El consumo de alcohol y tabaco en Sonora en la población adulta de 20 años y más, es de 51.4% y 23.3% del total de la población entrevistada por la ENSANUT 2012, los hombres son los que presentan mayor porcentaje de consumo de alcohol (69.1%) y tabaco (33.7%) que las mujeres (34.0% y 13.1% respectivamente), (ver gráfica 9).

Las cifras nos muestran un consumo considerablemente mayor en los hombres en ambos casos, lo que se ha asociado a cuestiones culturales como las relaciones de género, a la identidad

masculina y su exposición a situaciones de riesgo como parte del ser hombre donde se perpetúan las relaciones de poder por medio de actos violentos relacionados con el consumo y abuso de alcohol y tabaco (Sánchez, 2005, 53-55 passim).

Gráfica 9. Consumo de alcohol y tabaco en adultos de 20 años y más por sexo en Sonora 2012.



Fuente: Elaboración propia con datos de ENSANUT, 2012.

La atención en los factores de riesgo diferenciales de hombres y mujeres nos obliga a pensar de manera transdisciplinaria para abordar la problemática de la incidencia y prevalencia de las ECNT en México. Algunos autores señalan que los estudios de las desigualdades de género, de los factores de riesgo en salud son escasos y poco abordados de manera transdisciplinaria (Ibid., 67). De esta manera, el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo

están estrechamente ligados a fenómenos socioculturales; su atención en el diseño de políticas públicas y programas de prevención y promoción de la salud de corte multidisciplinario, podrían conducir a revertir la incidencia de las ECNT y sus factores de riesgo.

Pérez-Gil (2007, 446), sostiene que en el caso de las mujeres, la imposición social a la carga laboral del cuidado de los otros obstaculiza el cuidado de sí mismas, incluso este sistema cultural de género impone discursos dicotómicos donde, por un lado, impone un estigma social hacia la obesidad en las mujeres -la imposición social hacia la delgadez como parte de su feminidad-, y, por otro lado, la posición que ocupa en el hogar como encargada de la alimentación familiar y su relación directa con la comida -lo que crea estrés y depresión en las mujeres al no cumplir con los modelos establecidos-, desarrollando cada vez más factores de riesgo en el padecimiento de ECNT (González et al. 2009, 19).

Otro punto de vista es el de la salud pública, el cual se ha encargado de hacer recomendaciones en política pública, enfocadas a reducir los efectos adversos de la globalización por medio de la regulación de la industria alimentaria (González, 2007, 75; Campos, 2013, 149; Barquera, 2013, 159); a que haya un mayor énfasis en programas de prevención que sean efectivos (Barquera, 2001, 475; Denman et al. 2015, 60); a la promoción de la salud con personal capacitado y sensibilizado en las enfermedades crónico-degenerativas (Campos, 2013, 149), a cambios en los estilos de vida de la población respecto a la alimentación e incidir en el incremento de la actividad física (Córdova, 2008, 103; campos, 2013, 149).

Sin embargo, quedan vacíos por conocer respecto a lo que estos cambios implican y representan para las personas que los realizan, así como las motivaciones que les ayudan a mantenerlos, tema central que pretendemos abordar a lo largo de esta investigación.

Las cifras en el aumento y prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo, dejan entrever una deficiencia en las acciones y decisiones del Estado para contrarrestar el grave problema de salud pública al cual nos enfrentamos. No obstante, existe una preocupación e interés institucional por disminuir los altos índices de incidencia y mortalidad, lo que no es claro es si este interés se debe a una preocupación social o por interés económico por los altos costos que el sistema de salud y, específicamente, los padecimientos relacionados a las ECNT representan.

1.4 Respuesta social ante el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles en México y Sonora

A mediados del siglo XX, los objetivos principales de las cumbres internacionales en promoción de la salud, que dieron como resultado documentos como *La declaración de Sundsvall* sobre los ambientes favorables a la salud y *La declaración de Yakarta, sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*, se plantearon brindar conocimiento a los individuos sobre ambientes sanos para prevenir y mejorar su salud. Se señaló que, a través de la responsabilidad social (etiquetado de los

alimentos), las inversiones al desarrollo de la salud y las alianzas de las estrategias en pro de la salud se podrían lograr sus objetivos.

Además de los compromisos establecidos en las reuniones anteriores, desde el año 2000¹⁵, hasta la actualidad, hay una intención de prestar mayor atención a los determinantes sociales de la salud; al diseño de políticas que reduzcan la inequidad y la pobreza extrema; a la reducción de la diferencia en atención a la salud; a las políticas fiscales e inversión en investigación y educación en promoción de la salud. No obstante, como ya se ha mencionado anteriormente, los índices en el padecimiento y mortalidad por ECNT siguen en aumento.

En el 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ante la preocupación mundial por el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, lanza la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, con el objetivo de hacer frente a las enfermedades crónicas. La estrategia planteó reducir los factores de riesgo como la mala alimentación y la inactividad física asociados a las ECNT mediante la creación de ambientes sanos y favorables para adoptar medidas de promoción y prevención (OMS, 2004, 4).

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. (2000) Quinta conferencia internacional de promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México, México; Organización Mundial de la Salud. (2005) Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Bangkok, Tailandia; Organización Mundial de la Salud. (2009) La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud. Nairobi, África; Organización Mundial de la Salud. (2013) Declaración de Helsinki, la salud en todas las políticas. Helsinki, Finlandia; Organización de las Naciones Unidas. (2013) Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En México, la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, se tradujo en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, donde se estableció la consolidación de acciones en protección, promoción y prevención de la salud, así como asegurar el acceso a los servicios de salud de calidad, reducir los factores de riesgo asociados a las ECNT, eliminar las brechas sociales y avanzar en la construcción de Sistema Nacional de Salud¹⁶.

Asimismo, una de las acciones que impulsó el Plan Sectorial de Salud es la Estrategia Nacional para la Prevención y el control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes¹⁷, la cual se creó con el objetivo de poner fin al aumento de las ECNT en México a través de acciones concretas que incluyeran a varios sectores de la población, entre ellos, la industria alimentaria, los medios masivos de comunicación y acciones de promoción de la salud.

A este respecto, Cristina Gutiérrez, señala que en estudios internacionales se ha encontrado que la población carece de información sobre las consecuencias en los estilos de vida que ayuden a tomar mejores decisiones en nuestra alimentación, debido al manejo inadecuado de la industria alimentaria en el etiquetado de los alimentos, los cuales son difíciles de leer y comprender (2009, 352). De esta manera, la situación y atención en los factores de riesgo está permeada por intereses económicos y políticos, en los que la industria y los acuerdos políticos juegan un papel importante

¹⁶ Gobierno de la República. 2013. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Distrito Federal.

¹⁷ Gobierno de la República. 2013. Estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes. Primera edición. Distrito Federal.

en la prevención y promoción de la salud y no sólo los aspectos individuales en el comportamiento alimentario.

Se están llevando a cabo algunas acciones específicas en conjunto con las actividades sectoriales de salud que se enfocan no solamente al individuo y la familia, sino que también a la modificación del entorno, y a incentivar la cultura de la alimentación saludable y la actividad física desde la promoción de la salud. Tal es el caso del programa *Meta → Salud*, cuya efectividad fue comprobada en Hermosillo, Sonora durante 2011-2012.

1.5 Algunos modelos efectivos de intervención de enfermedades crónicas: el caso de *Meta → Salud*, una intervención comunitaria para la prevención primaria de las enfermedades crónicas

La evaluación de los programas de salud es una herramienta que ayuda a mejorar todos los aspectos de las intervenciones, conocer sus resultados y su eficacia. Debe ser parte integral del diseño e implementación de cualquier programa que busque la solución de los problemas asociados a la calidad de vida de las personas (Garrido 2011, 399; Montero, 2004, 2).

En México, las evaluaciones sobre efectividad en los programas de salud se caracteriza por la búsqueda de mejorar las condiciones de vida y de salud de la población, mediante indicadores en su mayoría estadísticos que respondan a políticas públicas y ayuden a cumplir con los objetivos

establecidos en reuniones internacionales, sin embargo, no se ha considerado el cambio en el comportamiento de las personas quienes realizan esos cambios y esta visión se ve alejada de los principios generales del concepto de promoción de la salud¹⁸ (Salazar, 2004, 12).

Cornejo (et al. 2011, 5), sostiene que en la literatura hasta ahora revisada, en México no contamos con programas efectivos y evaluados en promoción y prevención de enfermedades crónicas que representen un cambio favorable en la salud, no al menos para la región norte del país el cual es uno de los estados que presenta mayores índices de sobrepeso y obesidad. Bajo esta premisa nos encaminamos al problema de investigación que nos planteamos: la falta de diseños multidisciplinarios en políticas y programas de salud que sean afectivos a corto y largo plazo desde perspectivas sociales y no sólo como medición de metas y objetivos alcanzados.

En Hermosillo, Sonora del 2010 al 2012 se adaptó, implementó y evaluó la intervención comunitaria *Meta → Salud* impulsada por El Colegio de Sonora y el Colegio de Salud Pública de la Universidad de Arizona, la cual tiene por objetivo promover la conciencia y generar cambios sociales en prevención primaria y promoción de la salud de la población.

¹⁸ “La promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él”. Organización Mundial de la Salud. Ottawa charter for health promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (24 de marzo de 2016).

1.5.1 Antecedentes

Meta → Salud es una intervención comunitaria para la prevención primaria de enfermedades crónicas, es parte de las intervenciones del Centro de Promoción de la Salud del Norte de México que es coordinado por el Centro de Estudios en Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora y el Colegio de Salud Pública de la Universidad de Arizona. *Meta → Salud* es uno de los esfuerzos que surge de la colaboración entre *UnitedHealth Chronic Disease Initiative* y el Instituto Nacional de Salud del Corazón y Pulmón (NHLBI por sus siglas en inglés), en la creación de Centros de Excelencia (COE)¹⁹ que operan en algunos países para contrarrestar y hacer frente a las enfermedades crónicas en el mundo y particularmente en el norte de México (Denman et al. 2014, 2).

El Centro de Promoción de la Salud del Norte de México²⁰, fue uno de los 11 centros de excelencia a nivel mundial, sus objetivos fueron:

1. Contribuir a la construcción de condiciones saludables de la población del norte de México a nivel individual, familiar y comunitario mediante la perspectiva de las ciencias sociales, la salud pública y la epidemiología sociocultural.

¹⁹ Véase: <https://www.nhlbi.nih.gov/about/org/globalhealth/centers/>

²⁰ Centro de Promoción de la Salud del Norte de México <http://www.nhlbi.nih.gov/about/org/globalhealth/centers/mexico-center-of-excellence.htm>

2. Construir comunidades saludables en la frontera Sonora-Arizona y en las áreas metropolitanas de Estados Unidos con gran población latina. El Centro de Promoción de la Salud del Norte de México incluirá un programa de integración de investigación, formación, desarrollo de recursos humanos y la gestión y difusión de información, incluyendo:
- Investigación acción e investigación evaluativa apoyando el desarrollo de programas y modelos en prevención primaria y promoción de la salud de las enfermedades crónicas.
 - Desarrollo de programas curriculares y modelos de promoción de la salud.
 - Formación de investigadores, líderes de programas y promotores de comunitarios en modelos de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas.
 - Difusión de la investigación y programa de resultados a través de artículos en revistas científicas, prensa popular y videos en Internet²¹

Meta → Salud fue adaptado de programas de intervención como Su corazón, Su vida²² y Pasos Adelante²³ dirigidos a población hispana en Estados Unidos, los cuales fueron evaluados y lograron ser efectivos en su aplicación. Pasos Adelante logró resultados favorables en nutrición y actividad física de sus participantes, así como la disminución de sus medidas antropométricas desde el inicio del programa hasta su conclusión y seguimiento (Staten et al. 2012, 9).

²¹ Traducción mía, retomado de <http://www.nhlbi.nih.gov/about/org/globalhealth/centers/mexico-center-of-excellence.htm>

²² Creado por el *National Heart, Lung, and Blood Institute*.

²³ Creado por el Colegio de Salud Pública de la Universidad de Arizona y dirigido a población hispana.

Tanto Pasos Adelante como *Meta →Salud* están basados en el modelo socio-ecológico y la teoría socio-cognitiva, tienen por objetivo incidir en el cambio de comportamiento a través de una metodología participativa.

La adecuación del programa se llevó a cabo en colaboración con la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora (SSA), el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo (CIAD) y la Universidad de Sonora mediante un grupo de expertos en temas de salud pública y nutrición, los cuales adaptaron el programa a la Norma Oficial Mexicana (NOM 043) bajo los estatutos y recomendaciones que se establecen; además, se modificó a prácticas culturales de la región norte de México y se agregaron componentes transversales como el empoderamiento individual y comunitario, la perspectiva de género y el bienestar emocional.

1.5.2 *Diseño e implementación de Meta →Salud*

El programa está diseñado en 13 sesiones semanales con una duración de 2 horas cada una. Se imparten talleres participativos a población abierta, a través de dos promotores/as de salud, quienes fueron capacitados/as en los materiales de trabajo como el *Manual para promotores/as de salud*²⁴ y el *Cuaderno de trabajo*²⁵ para las/os participantes por el equipo de investigación en 2011-2012

²⁴ El manual para promotores/as de salud puede descargarse en la siguiente liga: <http://sitios.colson.edu.mx/metasalud/wp-content/uploads/manualmetasalud.pdf>

²⁵ El cuaderno de trabajo para participantes puede descargarse en la siguiente liga: <http://sitios.colson.edu.mx/metasalud/wp-content/uploads/CUADERNODETRABAJOParaParticipantes.pdf>

en las instalaciones de El Colegio de Sonora. El programa también cuenta con videos interactivos para su difusión y auto-capacitación en línea²⁶.

Los temas que constituyen el programa de *Meta → Salud* incluyen: enfermedades del corazón y diabetes; desarrollo y participación comunitaria; bienestar emocional; buena alimentación; y, los beneficios de la actividad física. Todos los temas se desarrollaron de manera transversal, se hizo énfasis en la prevención primaria de las enfermedades crónicas desde una perspectiva de género, con el fin de promover el cambio de comportamiento, el cuidado del bienestar emocional, la buena alimentación y la motivación para realizar actividad física²⁷. Las últimas modificaciones al programa se dieron a partir del diario de campo que se realizó durante la intervención en Hermosillo por parte del equipo de investigación, lo que ayudó a mejorar los materiales (Denman et al. 2014, 2).

El método de intervención que utilizó el programa *Meta → Salud* fueron dinámicas individuales y grupales, las cuales buscaron promover la participación activa durante las sesiones; fomentar el desarrollo del auto-cuidado de la salud; motivar la formación de grupos comunitarios para realizar actividades físicas como caminatas, zumba y otras actividades acordadas en grupo; promocionar una alimentación saludable; y, la importancia del auto-cuidado de la salud mental.

²⁶ Los videos pueden consultarse en la siguiente liga: <http://sitios.colson.edu.mx/metasalud/videos/>

²⁷ Las sesiones educativas se muestran en la siguiente liga: <http://sitios.colson.edu.mx/metasalud/materiales/>

Como se trata de un programa de prevención, *Meta → Salud* está dirigido a población no diagnosticada con alguna enfermedad crónica. Se llevó a cabo en 4 barrios de bajos ingresos en Hermosillo, Sonora, México, los cuales pertenecen a los Centros de Salud Urbanos²⁸.

La incorporación de las participantes en el programa se llevó a cabo por las y los promotores de salud quienes se encargaron de reunir 12 grupos de aproximadamente 15-20 participantes en tres ciclos²⁹ durante 2011-2012 (ver tabla 3). Las y los promotores utilizaron el volanteo para la formación de los grupos, también visitaron casa por casa en las colonias y usaron la estrategia metodológica de bola de nieve³⁰. De esta manera, las y los promotores lograron reclutar un total de 265 personas inicialmente, 184 aceptaron participar en la investigación para evaluar la intervención y 166 completaron con éxito el programa (con asistencia a más de 7 sesiones), sin embargo, para la evaluación se utilizaron a 85 participantes quienes tuvieron sus datos completos³¹.

²⁸ Centro de Salud Urbano Progreso Norte, La Floresta, Los Olivos y la Unidad de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas.

²⁹ El término de ciclo que se utiliza en *Meta → Salud*, es para identificar a los tres tiempos en los que se realizó el programa con cuatro grupos cada uno, septiembre-diciembre 2011, febrero-abril 2012, septiembre-diciembre 2012.

³⁰ La estrategia de muestreo por bola de nieve es utilizada en metodología cualitativa, tiene como objetivo encontrar uno o varios casos como objeto de investigación, y este lleve al siguiente y al siguiente, hasta alcanzar la información suficiente para el análisis de la información (Patton, 2002, 243).

³¹ Me refiero a datos completos para evaluación a las personas que tuvieron perfil de lípidos y glucosa, medidas antropométricas y cuestionario de evaluación al inicio del programa, al finalizar el programa y tres meses después de haber concluido.

Tabla 3. Grupos que participaron en *Meta → Salud* por ciclos durante 2011-2012

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4
CICLO 1	Floresta	UNEME	Progreso Norte	COLSON
CICLO 2	Floresta	UNEME	Progreso Norte	Olivos
CICLO 3	Floresta	UNEME	Progreso Norte	Olivos

Fuente: Elaboración propia, con información de *Meta → Salud, 2011-2012*

1.5.3 Evaluación y resultados de *Meta → Salud*

El programa de *Meta → Salud* no sólo es una intervención comunitaria de prevención y promoción de la salud, sino que, además es un proyecto de investigación con evidencia científica que certifica su efectividad a corto plazo. Es decir, está demostrado científicamente que *Meta → Salud* funciona como un programa de promoción de la salud para quien lo toma, y estos resultados se lograron gracias a su componente evaluativo.

La intervención comunitaria de *Meta → Salud*, se piloteó en 2011-2012 durante tres ciclos con duración de tres meses cada uno. El programa tuvo un componente evaluativo, consistente en la toma de medidas antropométricas: (véase ANEXO 1) talla, peso, cintura y cadera; prueba y análisis de lípidos: colesterol, triglicéridos y glucosa. También se aplicó un cuestionario sobre estilos de vida (ANEXO 2), se realizaron notas de campo por parte del equipo de investigación de

El Colegio de Sonora y se efectuó un cuestionario de satisfacción a la mitad del programa a las/los participantes. La evaluación se hizo en tres momentos: al inicio del programa, al finalizar el programa y tres meses después como parte de un seguimiento a corto plazo bajo el consentimiento informado de las/os participantes con el objetivo fue conocer su efectividad.

Los datos de evaluación con la información completa (evaluación inicial, final y seguimiento) fue de un total de 85 participantes (n=85), donde el 98% fueron mujeres con una edad promedio de 41.5 años cumplidos, el 85% eran casadas, 90% tenían un educación menor a la secundaria, el 98% tenía cobertura en los servicios de salud, el 61% reportó tener al menos un familiar con diabetes y el 17% reconoció haber sido diagnosticada con diabetes (Ibid. 4).

Con los resultados que arrojó la evaluación de *Meta* → *Salud*, demostró que se trata de un programa efectivo a corto plazo, las/los participantes hicieron cambios favorables en su comportamiento sobre alimentación, cambios físicos en su IMC, disminuyeron sus medidas antropométricas como el peso, la circunferencia de cintura y cadera y mostraron cambios favorables en su perfil de lípidos y glucosa durante la intervención (inicio-conclusión). Desde el inicio del programa y hasta los tres meses de mantenimiento, no mostraron cambios significativos a los anteriores, disminuyeron su IMC, las medidas de circunferencia de cintura, el peso, el colesterol total, aumentaron su HDL y bajaron sus niveles de glucosa (ver tabla 4) (Ibídem).

Tabla 4. Promedio de los resultados antropométricos y clínicos de las/os participantes de *Meta → Salud* al inicio del programa, al concluir y en el seguimiento a tres meses durante 2011-2012 en Hermosillo, Sonora, México.

Resultados antropométricos/clínicos	Inicio (n=177)	Conclusión (n=176)	Seguimiento (n=149)
IMC (kg/m ²)	31.3	31.0	31.0
Cintura (cm)	97.6	96.7	96.6
Cadera (cm)	109.7	109.1	109.5
Peso (kg)	77.3	76.7	76.7
Triglicéridos (mg/dL)	133.9	160.3	138.8
Colesterol total (mg/dL)	190.0	185.2	177.7
LDL (mg/dL)	109.5	101.5	87.8
HDL (mg/dL)	51.6	51.7	62.6
Glucosa (mg/dL)	114.5	113.3	106.9

Fuente: Denman et al. 2014, 9

Abreviaciones: n, número total de participantes; IMC, índice de masa corporal; kg/m², kilogramos sobre talla en metros al cuadrado; cm, centímetros; kg, kilogramos; mg/dL, miligramo por decilitro; LDL, lipoproteínas de baja densidad; HDL, lipoproteínas de alta densidad

Respecto a los cambios en salud y el comportamiento en la alimentación y actividad física, las/os participantes de *Meta → Salud* mostraron un aumento en su gasto metabólico por día desde el inicio del programa hasta los tres meses de seguimiento, pasaron del 49% al iniciar el programa, hasta el 63% en la etapa de mantenimiento (tres meses después). Se logró una menor probabilidad de consumir leche entera, pasando del 38% al inicio del programa hasta el 59% después de la

intervención, se observó un menor número de porciones diarias de alimentos enlatados de 0,72 a 0,57. No se mostró un cambio en el tipo de aceite que se consume, ni de tortilla y tampoco aumento en las porciones de fruta y verdura consumidas. Los resultados de *Meta → Salud* tampoco mostraron cambios en el tiempo en el que las/los participantes permanecen sentados, ni el tiempo que le dedican a realizar actividades físicas vigorosas, moderadas, ni caminatas. No obstante, las/los participantes perciben menos días de mala salud mental al mes, de 9.3 a 5.8; y mostraron una mayor probabilidad de informar una buena percepción en su salud general, del 41% al 54% después de la intervención y el 57% en el seguimiento a tres meses (Denman et al. 2015, 57-58).

Meta → Salud es un programa de prevención y promoción de la salud que demostró, con evidencia científica, ser efectivo, pues contribuye a generar cambios en la salud de sus participantes. Hay que decir que los resultados demuestran el potencial de estos programas en la adopción de prácticas saludables en los estilos de vida y su mantenimiento a corto plazo.

Sin embargo, desconocemos qué es lo que pasa durante el proceso de cambio *a posteriori* de las personas que los realizan, cuáles son los obstáculos y los facilitadores que intervienen en ellos. También desconocemos las relaciones que se establecen en la salud familiar y los cambios que ellos representan, principalmente desde la perspectiva de género con énfasis en el cuidado y auto-cuidado de la salud de las mujeres que participaron en este programa. Consideramos importante pues, conocer su experiencia y sus estrategias para cuidar y preservar su salud. Para ello, y con fines de encontrar las respuestas a estas interrogantes, se seleccionaron a diez

participantes a quienes se les aplicó una entrevista semi-estructurada, se levantaron sus datos antropométricos y se les aplicó el cuestionario de estilos de vida de *Meta* → *Salud*.

Capítulo 2. Marco teórico-conceptual

Este capítulo contiene la perspectiva teórica y conceptual con la que se analizará el presente trabajo de investigación. El análisis se hará a través de corrientes interdisciplinarias como la Epidemiología sociocultural, la antropología de la salud y la perspectiva de género. Se vincularán las posibles explicaciones de tipo estructural, con la subjetividad de las sujetas de estudio. El objetivo de estos enfoques es comprender el sentido de cuidado y auto-cuidado de la salud en las mujeres que participaron en el programa de *Meta → Salud*, a través de sus prácticas de alimentación y actividad física desde una perspectiva de género enfocada en el cuidado y auto-cuidado de la salud.

Primero, haremos una explicación general sobre las principales corrientes que guían este trabajo, y después algunas articulaciones con los conceptos de cuidado a la salud, auto-cuidado y género. Expondremos el cuidado a la salud como un fenómeno de tipo sociocultural que evidentemente es conferido a la mujer por razones basadas en la división sexual del trabajo y que, a la vez, obstaculizan su auto-cuidado; sin embargo, las mujeres de *Meta → Salud* tienen capacidad de agencia que las hace buscar estrategias que favorecen su salud física y emocional.

2.1 La dimensión teórica: la epidemiología sociocultural

Para efectos de este trabajo, partiremos desde paradigmas que buscan la articulación entre las perspectivas biomédicas y las ciencias sociales, la reconciliación entre elementos biológicos y ambientales con los sociales, culturales, políticos y económicos; es decir, desde lo que se ha nombrado como epidemiología sociocultural. También, buscaremos la interpretación de sistemas simbólicos construidos socialmente y que organizan a la sociedad por medio de estereotipos basados en la diferencia sexual; esto es, la perspectiva de género, con el fin de comprender de manera profunda los fenómenos sobre cuidado y auto-cuidado que buscan prevenir y promover la salud en mujeres que participaron en el programa de *Meta → Salud* durante 2011 y 2012 y que se han logrado mantener, incorporando la información brindada en el programa.

Las ciencias sociales y las ciencias de la salud han estado íntimamente relacionadas desde sus inicios. A mediados del siglo XX, los/as investigadores/as sociales y los médicos/as sociales empiezan a descubrir que los problemas de salud tienen sus determinantes sociales, tanto de la salud, como de la enfermedad, aspectos socio-económicos, culturales y políticos, sin dejar de lado, por supuesto, los aspectos individuales que nos permiten ejercer nuestra agencia ante situaciones de la vida cotidiana. Es decir, hay un complemento y una articulación entre los factores biológicos (vistos desde la epidemiología), y los factores sociales (desde enfoques socio antropológicos), y no precisamente de manera aislada como se venía trabajando.

Gracias a la conciliación de las disciplinas sociales y de la salud, es que nace la epidemiología sociocultural como respuesta a la necesidad de conocer de manera profunda la problemática de la salud, la enfermedad y la atención como un proceso de la vida cotidiana (Castro, 2011, 41; Menéndez, 2008, 5; Haro, 2011, 9). Para Menéndez, "...la epidemiología sociocultural es en gran medida una epidemiología de los significados de los diferentes sujetos y grupos involucrados en los procesos de salud, enfermedad y atención, incluidos los significados de los propios sujetos que estudian los procesos epidemiológicos..." (Menéndez, 2008, 14). Como se puede ver, la epidemiología sociocultural está caracterizada principalmente por tres aspectos; primero, la necesidad de incluir en los procesos de salud, enfermedad y atención (s/e/a), no sólo aspectos sociales, culturales, económicos y políticos, sino también los aspectos biológicos y ecológicos como una articulación entre ellas; el segundo, la relación existente entre sus metodologías, tanto estadísticas como cualitativas, y; el tercero y último, se caracteriza por una complementación y reivindicación del sujeto o actor social, el cual vive, siente e interpreta los problemas de salud que le acontece en sus diferentes dimensiones (Menéndez, 2008, 7).

En cuanto a la perspectiva de género, retomamos la definición de Joan Scott, para quien el género es una categoría para el análisis de las identidades sociales basadas en la diferencia entre los sexos, y está construida histórica y socialmente, asignando roles o papeles apropiados para mujeres y hombres (Joan Scott, 2000, 7). Como sabemos, las mujeres tienen el papel, culturalmente asignado, de cuidar de la salud de la familia administrando, entre otras cosas, su alimentación. De esta manera, el género incide en los procesos de salud/enfermedad y atención de

manera individual y colectivamente, las mujeres en su carácter de cuidadoras, realizan prácticas de prevención y promoción de la salud.

Así pues, el trabajo que aquí se presenta utiliza aspectos de estas teorías para profundizar en las prácticas (entendidas como acciones), que realizan las mujeres en su alimentación y actividad física para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Estudiando el cuidado y auto-cuidado como un recurso de empoderamiento de las sujetas de este estudio, rescatando sus experiencias como obstáculos o facilitadores que han tenido en sus prácticas de alimentación y actividad física.

2.2 Promoción de la salud

Como se mencionó en el capítulo primero, la promoción de la salud definida por *La carta de Ottawa* en 1986, inscribe a la promoción de la salud como un recurso. A través de este, los gobiernos tienen la responsabilidad de proporcionar los medios necesarios para que las personas puedan ejercer prácticas saludables en su vida cotidiana, es decir, posibilitar acciones tanto estructurales como individuales, se articulen en el ejercicio de mejorar la vida en el desarrollo de la salud mediante el empoderamiento de las personas como una categoría para la promoción de la salud.

Para Chapela (2007), el empoderamiento se entiende “como la devolución del poder a las personas y a los grupos sociales; como el desarrollo de valores, conocimiento e instrumentos útiles para el logro de sus expectativas; y como desarrollo de sistemas gubernamentales y políticas inclusivas” (ibid, 86). Así, una persona empoderada es capaz de tomar sus propias decisiones informadas (obligaciones y derechos) respecto a cada uno de los temas que afectan su vida, entre ellos, por supuesto, la salud.

Desde las conferencias internacionales se plantean acciones que reconocen la importancia del sujeto y la cultura como agentes de cambio en los procesos de salud. En estas reuniones, se considera que la definición de salud involucra un proceso subjetivo y simbólico por parte de las personas en el manejo de su contexto, por lo tanto, la estructura social, los sistemas de salud y el estado no están aislados en estos procesos de cambio, sino que son un complemento.

Para Chapela (2007), la promoción de la salud no solamente involucra una visión empoderante para la prevención de enfermedades, sino que considera a la promoción de la salud como un recurso emancipatorio de la medicina hegemónica dominante. Los sujetos se veían como subordinados ante las recomendaciones verticales del estado (estado-sujetos), mas no como una construcción de la salud desde los/as sujetos, quienes son los que viven y experimentan la salud y enfermedad (sujeto-estado). La autora propone algunas diferencias entre la promoción de la salud emancipatoria y la promoción de la salud empoderante, y las define de la siguiente manera:

- Promoción de la salud emancipatoria: considera a la salud como condición primaria para la emancipación de los sujetos y que el alivio de la pobreza y la enfermedad son un resultado de la emancipación.
- Promoción de la salud empoderante: considera prioritario el alivio de la enfermedad, el empoderamiento es utilizado como instrumento práctico para prevenir la enfermedad

De esta articulación, se define a la promoción de la salud como, “la capacidad humana corporeizada³² de diseñar, decidir y lograr futuros viables” (ibid, 96). Por último, señala que la promoción de la salud considera a los sujetos como capaces para construir su salud, darle significado, valor y sentido a sus prácticas sociales, es decir, reconoce a las personas como agentes de cambio con conciencia para tomar decisiones que favorezcan su salud.

En este sentido, esta investigación quiere conocer el ejercicio de prácticas cotidianas de cuidado y auto-cuidado de la salud de mujeres que fueron participantes de *Meta → Salud* durante 2011 y 2012 y su articulación con su identidad como mujeres.

³² Se considera al cuerpo como el espacio objetivo en donde se materializan elementos subjetivos de los sujetos, es decir, es el vínculo entre lo simbólico y lo biológico.

2.3 Prácticas de cuidado a la salud

Para Eduardo L. Menéndez, las prácticas o acciones son hechos sociales (Menéndez, 2003, 186), es decir, son sistemas subjetivos de actuar frente algún acontecimiento. Algunos autores han enfocado sus estudios hacia el significado y el sentido de la acción social que los agentes hacen determinados por las estructuras, lo cual ha derivado en disciplinas como la sociología de la salud, la antropología médica y la medicina social (Castro, 2011, 25). En este trabajo, se verá que las prácticas de alimentación y actividad física que las mujeres hacen, parten de sistemas subjetivos que utilizan en el cuidado y auto-cuidado de la salud, lo cual confirmaría, al menos en el marco del programa que trabajamos, estas teorías.

En particular, la sociología de la salud ha sido tomada de diferentes paradigmas en el estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención. Uno de ellos es el fenomenológico, dentro de sus principales autores se encuentra Alfred Schutz que intenta explicar la realidad a través de la acción social de los individuos y el sentido común de ellos. Para este sociólogo austriaco, el sentido común es el conjunto de saberes prácticos que heredamos del pasado por medio de la socialización y que se transmite a lo largo de las generaciones, estos saberes están dentro de nuestra vida cotidiana y actuamos de manera inconsciente a través de ellos (Castro, 2011, 94). Con esto, se entiende que la salud no sólo es un proceso biológico, sino que está dentro de nuestra cultura, de nuestros saberes, nuestras tradiciones, nuestros gustos y nuestra identidad como hombres y mujeres, por lo que se ve reflejada en nuestras prácticas cotidianas, así pues, las mujeres de

Meta → *Salud* ejercen prácticas sociales que han sido aprehendidas por medio de la socialización y la cultura, pero además que se han modificado con el tiempo con base en sus intereses.

Otro paradigma sociológico, es el estructuralismo constructivista, entre sus exponentes principales se encuentra el sociólogo Pierre Bourdieu, quien se opone a la idea de que las prácticas o las acciones sociales surgen sólo de la intención y motivación del individuo sin considerar el contexto histórico y social en el que las decisiones o formas de actuar están permeadas por las condiciones en las que se presentan, lo explica de la siguiente manera:

la filosofía de la acción radica... en las potencialidades inscritas en el cuerpo de los agentes y en las estructuras de las situaciones en las que estos actúan o, con mayor exactitud, en su relación... su piedra angular es la relación de doble sentido entre las estructuras objetivas y las estructuras incorporadas, se opone radicalmente a los presupuestos antropológicos inscritos en el lenguaje en el que los agentes sociales y muy especialmente los intelectuales por lo general suelen confiar para rendir cuentas de la práctica (Bourdieu, 1994, 8).

Para Bourdieu, las prácticas sociales no son sólo acciones individuales, es decir, no actuamos de manera inconsciente, sino que hay una intención política que nos lleva a tomar ciertas decisiones dentro del contexto ya establecido.

Estos paradigmas ayudan a evidenciar las dinámicas y las relaciones sociales que subyacen al acto de alimentarse. Es decir, las estructuras sociales también determinan las decisiones de las

personas. Elegir los alimentos y sus cantidades (como ejemplo, podemos pensar en la preferencia de algunos alimentos, como la carne asada o las tortillas de harina, por sobre otros que se consumen en otras regiones del país), la realización o no de actividad física, etc., son elementos que se deciden en base a una serie de factores socioculturales. Sin embargo, los individuos también tienen un sentido de agencia que les permite tomar decisiones conscientes sobre el cuerpo y su salud,(Carrasco, 2006, 85; Minayo, 2002, 258; Castro, 2011, 98) lo cual es importante, pues es aquí donde el programa de *Meta* → *Salud* puede incidir en los participantes a través de información.

2.3.1 Prácticas de alimentación

Las prácticas (acciones) de cuidado a la salud son representaciones establecidas por la cultura, donde el actor juega un papel fundamental en la relación acción-significado. Según Pérez-Gil (2006), las prácticas de alimentación son:

las formas socialmente aprendidas de hacer lo cotidiano, ayudan a comprender cuáles son los alimentos básicos, habituales, ocasionales, cómo se preparan, cuáles son las recetas más comunes, cómo se distribuye dentro de la familia, en las diversas estaciones o ciclos, cuáles son las prácticas de comensalidad, los gustos, las preferencias, cuáles son los espacios o territorios de lo culinario, entre otros (ibid, 143).

En este trabajo se tomará este concepto para aplicarse a todas aquellas prácticas o acciones que las mujeres hacen respecto al acto de cuidar la salud y, específicamente, a las prácticas de

alimentación que utilizan, las cuales se encuentran dentro de la estructura social y forman sistemas simbólicos de significado. Por ejemplo, se tomarán en cuenta las relaciones y dinámicas que se establecen alrededor de la comida y que tienen que ver con la preparación de los alimentos, con las personas que se comparte y el costo y acceso de alimentos saludables.

Desde esta perspectiva, Gracia (2007) ha señalado que los motivos simbólicos y significativos que guiaban la selección y consumo de alimentos, se ha remplazado por otros de orden nutricional, los cuales no sólo buscan la regulación de los cuidados del cuerpo y la salud, sino que promueven lo que ella ha llamado “la medicalización de la alimentación contemporánea”. Para ella, el establecimiento de la dieta equilibrada ha hecho que se dejen de buscar los significados y el sentido que guía el acto de alimentarse y se han establecido cánones que guían la vida cotidiana basadas en una competencia dietética, al mismo tiempo que se promueve un cuidado de sí mismos, ya sea por salud o por cumplir con los estereotipos de belleza que se establecen a través de un cuerpo delgado, principalmente en las mujeres (Ibid, 236-240).

En el caso de las mujeres de *Meta* → *Salud*, el cuidado del cuerpo a través de la alimentación, ha hecho que su consumo y preparación no sólo esté asociado a estereotipos de belleza, sino que también lo esté a prácticas de prevención y promoción de la salud, de ellas mismas, de su familia y de las personas que conviven a su alrededor. De esta manera, el sentido y significado que se le atribuye a la preparación de alimentos saludables tiene que ver con una adquisición de conocimientos que ayudan a prevenir enfermedades.

Además de la alimentación equilibrada, el sistema sanitario recomienda la práctica de actividad física regular para mantener y cuidar la salud. La actividad física representa una serie de prácticas cotidianas que las mujeres hacen para el cuidado y mantenimiento de su salud.

2.3.2 Prácticas de actividad física

La Organización Mundial de la Salud, define a la actividad física como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía” (OMS, 2014).

La actividad física como práctica social es cualquier hecho que involucra el movimiento del cuerpo pero que sus significados y prácticas estén determinadas culturalmente. Es decir, se considerará aquella actividad que se haga para cuidar y preservar la salud, pero también para el cuidado del cuerpo por cuestiones culturales y por cumplir cánones de belleza socialmente asignados para las mujeres, los grupos donde las mujeres formen parte para realizar actividades físicas, las personas que las acompañen a la actividad física, las motivaciones que tienen, la organización y dinámica familiar para realizar alguna actividad y también todas aquellas actividades que se realicen de manera cotidiana y que estén determinadas por el género desde su propia experiencia como sujetas sociales y que involucre un gasto de energía, por ejemplo, el lavar, ir por los hijos caminando a la escuela, limpiar la casa, su vida laboral, entre otros.

Este trabajo se apoyará dentro de estas perspectivas y su posible articulación, en primer lugar, porque se desea reivindicar el papel del sujeto investigado y, en segundo, conocer el

significado y motivación que llevan a las mujeres a obtener cambios en su estilo de vida. De esta manera, será posible conocer la realidad social desde su perspectiva en la construcción de salud y aportar al conocimiento modelos interdisciplinarios en la comprensión de fenómenos sociales de la vida cotidiana como la alimentación y la actividad física desde una perspectiva de género.

2.4 Género y cuidado a la salud

Desde la perspectiva de género, diversos movimientos feministas han abogado por la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, han estudiado las diversas causas de esas desigualdades sociales otorgándoles órdenes simbólicos a las acciones sociales de la relación mujeres-hombres. Para Gayle Rubin el género, “es el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en producción de la actividad humana y en el que se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Ibid, 2013, 39); es decir, para Rubin el género, es un conjunto de normas socialmente asignadas que se dan a través de una diferenciación sexual y que otorgan actividades que deben asumirse de acuerdo a cada género y que son parte de una organización y función de la sociedad.

Por su parte y siguiendo esta línea, Asakura (2004) menciona que el género, “es un conjunto de atributos sociales que se impone sobre un cuerpo determinado justamente a partir de la forma externa de los genitales”; es decir, el trabajo doméstico, la desigualdad salarial, la

producción³³ y la reproducción³⁴, los movimientos sociales, la participación política, la incorporación al desarrollo, la violencia, las relaciones familiares, el desarrollo psicológico y la sexualidad, entre otros, pero también el cuidado de los otros en relación a la calidad de vida, el bienestar y la salud en general (Ibid, 722). En este trabajo de investigación, estas divisiones de responsabilidades socialmente asignadas son asumidas por las mujeres para el cuidado y el bienestar de la familia.

A finales del siglo XX, estudiosas feministas (como las ya mencionadas y otras) brindan claridad al concepto de género que se entiende como parte de un entramado cultural construido socialmente a través de la historia, y no como un fundamento biológico como se venía estudiando por sociólogos, filósofos y psicólogos³⁵. De esta idea se abrió una discusión sobre los estudios del determinismo biológico que otorgaba a las mujeres ciertos papeles que debían cumplir en la sociedad y que se aceptaban como normas sociales naturalizadas, por ejemplo, el cuidado y la crianza de los hijos (específicamente). Esta perspectiva se ha abordado desde diferentes puntos de vista, por una parte, se discutía sobre las representaciones del cuerpo de las mujeres como vínculo natural del cuidado de los hijos y; por otra parte, en los últimos años se enfocó a la idea de abordar el fenómeno de las divisiones de género desde una perspectiva cultural, centrándose en las construcciones sociales por parte de las instituciones, la economía y la política (Conway, 2013, 24; Lamas, 2013, 11).

³³ La fuerza de trabajo que ejercen las mujeres sin obtener un sueldo y que forma parte de su condición y papel socialmente asignado, por ejemplo, el trabajo doméstico.

³⁴ La función que ejercen las mujeres en la familia respecto a la maternidad.

³⁵ Véase, Talcott Parsons, "La estructura de la acción social", 1937.

Las normas sociales que dictan la manera en la que debemos actuar según nuestro género son una forma de ordenamiento social que se transmite de generación en generación por medio del lenguaje y otras representaciones, estas (normas) dictan la manera de pensar y de actuar en la vida cotidiana. El género entonces, guía nuestra manera de interpretar y de actuar en torno a las prácticas de cuidado y auto-cuidado de la salud, según los papeles establecidos socialmente.

2.4.1 Roles de género

Los papeles o roles de género³⁶ se entienden como características que la sociedad nos impone a través de un cuerpo sexuado, son actitudes, valores, expectativas, deseos, comportamientos y deberes que hombres y mujeres tenemos que cumplir según nuestro sexo (Lamas, 2013, 98).

En el caso de las mujeres, estos papeles han estado apegados a su condición de ser madres³⁷, se les ha otorgado la responsabilidad única del cuidado de los hijos, lo cual incluye la educación, la salud, el vestir y proveer el bienestar en general, para Lamas (2003), los roles sociales asociados a la maternidad significan:

...una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos, y por lo tanto, los cuidan: *ergo*, lo femenino es lo maternal, lo

³⁶ Distinciones socialmente aceptadas entre hombres y mujeres que forman la identidad de género (Marta Lamas, 2013, 114).

³⁷ Para Marta Lamas “La capacidad de ser madres marca sin duda la diferencia que hay entre hombres y mujeres, pero no sólo por la experiencia física del embarazo, parto y amamantamiento...” si no por cuestiones más profundas de carácter sociocultural (Ibid, 105).

doméstico, lo contrapuesto con lo masculino como lo público... esta dicotomía condiciona los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género (Lamas, 2003, 114).

Esto ha llevado a las mujeres al ámbito doméstico, y a los hombres al ámbito público como proveedores de la economía de la familia y, en consecuencia, una visible desigualdad en el ejercicio político y ciudadano de las mujeres por la falta de reconocimiento del trabajo y tiempo que implica realizar dichas actividades (Esteban, 2003, 66-70).

Para Marta Lamas, la cuestión de la maternidad ya no tiene vigencia, pues actualmente, las mujeres fácilmente pueden librarse de esta característica, lo que sigue pesando entonces es la clara diferenciación política que persiste entre mujeres y hombres en otros ámbitos. Sin embargo, particularmente creemos que la maternidad sigue teniendo vigencia, se trata de un fenómeno claro y de actualidad. Culturalmente, a las mujeres las han hecho pensar que su fin último es la maternidad y el cuidado de los hijos; aunque esto ha cambiado en muchas esferas, simbólicamente seguimos responsabilizándolas (ellas mismas también), por el cuidado del otro, específicamente de los hijos. La sociedad continúa ejerciendo presión para la reproducción de las mismas y se sigue interiorizando la idea mujer-madre, nos parece que es precisamente ahí, donde radica la desigualdad de corte cultural y simbólico, gracias al cual, las mujeres postergan sus deseos personales para ejercer su función tradicional como cuidadoras.

Otro aspecto importante que se tiene que señalar, es lo que Marcela Lagarde ha llamado el sincretismo de género, definido como “la coexistencia de atributos tradicionales y modernos” con el que todas las mujeres contemporáneas cargan debido a una cultura como cuidadoras. Gracias a los movimientos feministas del siglo pasado, las mujeres participan un poco más dentro de la economía y la política, sin embargo, siguen cargando con las responsabilidades que tradicionalmente les fueron asignadas. Arango (2007) menciona que para Marcela Lagarde, el sincretismo de género es un concepto que articula atributos de género tradicionales y modernos:

...cuidar a los otros a la manera tradicional y, a la vez, lograr su desarrollo individual para formar parte del mundo moderno, a través del éxito y la competencia. El resultado son millones de mujeres tradicionales-modernas a la vez. Mujeres atrapadas en una relación inequitativa entre cuidar y desarrollarse. La cultura patriarcal que construye el sincretismo de género fomenta en las mujeres la satisfacción del deber de cuidar, convertido en deber ser ahistórico natural de las mujeres y, por tanto, deseo propio y, al mismo tiempo, la necesidad social y económica de participar en procesos educativos, laborales y políticos para sobrevivir en la sociedad patriarcal del capitalismo salvaje (157).

De esta manera, las mujeres de *Meta* → *Salud* participan activamente como trabajadoras y productoras de bienes materiales, pero también como cuidadoras del otro, el sincretismo pretende que las mujeres asuman también el cuidado para sí mismas.

2.4.2 *Cuidado a la salud*

Preservar la vida ha sido el fin último de la humanidad desde sus inicios, esto ha implicado bienestar y protección social para todas y todos mediante la distribución social de responsabilidades en el cuidado a la salud, tanto de manera individual como estructural, en el que participan diferentes actores sociales, el estado, el mercado, la familia. No obstante, estas responsabilidades han sido asociadas particularmente a las mujeres, quienes se han enfrentado a mayores dificultades tanto en la vida social (doble jornada) como en la vida individual (emocional). Los cuidados a la salud han sido parte de lo que socialmente son las tareas de las mujeres, debido a su condición biológica (como discutíamos anteriormente) y se representa equivocadamente como una extensión del trabajo doméstico que realizan (Batthyány et al. 2007, 11; Esteban, 2003,71).

Para Esteban (2003), los cuidados se entienden como, “todas aquellas actividades que tienen por objetivo proporcionar bienestar físico, psíquico y emocional a otras personas (...) el cuidado de las personas se ha delegado a los ámbitos domésticos específicamente a las mujeres y se produce de manera naturalizada debido a la articulación del sistema de género” (Ibid, 2003, 65).

Por su parte, Hochschild (1990) define a los cuidados desde un punto de vista psicológico ligado a la emoción “el cuidado es un vínculo emocional, generalmente mutuo, entre el que brinda cuidados y el que los recibe, un vínculo por el cual el que brinda cuidados se siente responsable

del bienestar del otro y hace un esfuerzo mental, emocional y físico para poder cumplir con esa responsabilidad” (Pérez-Gil, 2006,143).

El objetivo de este trabajo no es discutir sobre el sentido epistemológico del cuidado, sino conocer los factores a los que se enfrentan las mujeres y que obstaculizan o facilitan el cuidado a su salud. Por una parte, esto pone en evidencia que el sistema de género ha otorgado únicamente a las mujeres el cuidado a la salud del otro, lo cual ha impedido la realización personal y el cuidado de ella misma, y; por otra parte, que la capacidad de agencia de las mujeres y los programas de promoción funcionan como un recurso para que las mujeres utilicen prácticas de auto-cuidado a la salud en la prevención de enfermedades.

Los roles sociales tradicionales han situado a las mujeres en una desigualdad social, económica y política imponiendo una doble jornada³⁸ laboral para las mujeres que actualmente tienen un empleo remunerado, y que en ocasiones tienen que abandonar para dedicarse al cuidado de los hijos y la familia como parte de una responsabilidad socialmente asignada e interiorizada por la cultura de género (Esteban, 2003, 72).

Las mujeres de *Meta* →*Salud*, por su condición de mujeres-madres han sido las encargadas del cuidado del otro, de los hijos, del esposo, de la madre, o sea que son responsables de la salud,

³⁸ Entendida como aquellos trabajos que las mujeres realizan y que forman parte, tanto de una clasificación económica como social: el trabajo que realizan fuera de sus hogares, por el cual reciben un salario, y el que socialmente se les ha asignado como parte de sus responsabilidades como mujeres en el hogar y cuidado de los hijos y la familia.

educación, higiene y la alimentación de ellos, procurando el bienestar pleno de los hijos y de la familia, lo que ocasiona que releguen el cuidado de ellas mismas, postergando su salud individual. Esta investigación pretende conocer, desde su propia experiencia, los trabajos de cuidado a la salud que realizan, las estrategias que utilizan y las dificultades u obstáculos que surgen a partir de ellos.

2.4.3 Auto-cuidado

Se entenderán las prácticas de auto-cuidado de las mujeres de *Meta* → *Salud*, como todas aquellas actividades que involucren la toma de decisiones para el cuidado de sí mismas respecto a su salud, a través de un ejercicio de consciencia subjetiva y como parte de un proceso de cambio para mejorar su salud. Para Arango (2007), el auto-cuidado de las mujeres, “es la capacidad de pensarse a sí misma, la capacidad de priorizarse, de tomar decisiones personales que favorezcan su salud y su sexualidad, en la esfera de la corporalidad, de la emocionalidad, de la espiritualidad, es decir, desde la mismidad como afirmación de cada una en su vida, en su cuerpo, en su subjetividad a través de sus poderes vitales” (Ibid, 2007, 109).

El auto-cuidado es un ejercicio histórico que la perspectiva feminista ha resaltado como parte de un proceso de emancipación y lucha por el reconocimiento de los derechos y dignidad de las mujeres. Se ha visto primero, desde una perspectiva de desarrollo humano que se centra en la búsqueda por el bienestar individual y colectivo respecto a una convivencia positiva y una conciencia por el medio y el entorno en el que se vive (Ibid, 2007, 108), y; después, desde el

empoderamiento, visto como su realización personal como seres humanos con derechos y capacidades para tomar decisiones conscientes arraigadas dentro de un sistema de género.

Desde la antropología médica, el auto-cuidado parte de un modelo de atención a la salud desarrollado por Menéndez “...cuando hablamos de modelos de atención, nos referimos (...) a todas aquellas actividades que tienen que ver con la atención a los padecimientos en términos internacionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado...” (Menéndez, 2003, 186).

Por su parte, y de manera coincidente con Menéndez, Haro (2000), define las prácticas de auto-cuidado como forma, no sólo de atender la enfermedad, sino de construir salud, el autor define a estas prácticas como cuidados profanos o cuidados lego que se entienden, “como todas aquellas actividades relacionadas con lo sanitario que existen al margen de la medicina profesional y que van desde las opciones de auto-cuidado más elementales hasta el concurso de diversas iniciativas que no son oficiales y que no son otorgadas por profesionales” (Ibid, 203).

Para este trabajo, la definición del concepto de auto-cuidado de Haro (2000) nos permite analizar lo que las propias mujeres dicen y hacen en cuanto a sus prácticas de alimentación y actividad física para el cuidado de la salud en su cotidianidad.

Siguiendo esta línea, las prácticas de auto-cuidado de las mujeres forman parte de sus actividades en la vida cotidiana, las ejercen de manera consciente lo que les brinda satisfacción

personal al lograr un fin (en este caso preservar la salud); prácticas que van desde la higiene personal, vestido, alimentación, actividad física, trabajo, actividades de recreación, relajación, entre otras. Las prácticas de auto-cuidado no forman parte de la auto-atención³⁹, ya que el primer concepto se refiere a prevenir enfermedades y promover la salud física y emocional tanto individual, como familiar (Ibid, 114).

Denman (2010), retoma los conceptos utilizados por Menéndez y Haro para reflexionar acerca de las formas de auto-cuidado. Para ella, no sólo se pueden ver como prácticas o acciones para prevenir, controlar y/o aliviar un padecimiento, sino como un proceso de construcción y significado de la salud y a lo que se le ha denominado salud positiva, “...entiendo por salud positiva las prácticas cotidianas de cuidado de la salud que sirven más para evitar, prevenir y construir condiciones de salud, más que para corregir daños y enfermedad” (Ibid, 2).

Uribe (1999) reflexiona sobre la relación existente entre las prácticas de auto-cuidado y la cultura, para ella y siguiendo a De Roux G, las personas -debido a su sistema de creencias y conocimientos previos-, no abandonan fácilmente prácticas que pueden ser nocivas para su salud por conocimientos nuevos de prácticas saludables, tal como el sistema de salud lo esperaría y que define como paradojas comportamentales:

³⁹ Se entiende por auto-atención a todas aquellas acciones que se utilizan para autocontrolar un determinado padecimiento o enfermedad, no son necesariamente recomendaciones de la medicina occidental, sino de conocimientos tradicionales para atender y curar. Se entiende por autocuidado a todas aquellas acciones que son utilizadas desde y en uno mismo, para prevenir y promover nuestra salud.

...las paradojas comportamentales se definen como los comportamientos nocivos que tienen las personas con conocimientos saludables, evidencian rupturas existentes entre los comportamientos saludables esperados por el sistema de salud y la prioridad en salud que tienen las personas, y entre el conocimiento de la gente sobre riesgos específicos y su conducta concreta. Cuando las personas son interrogadas acerca de la importancia que ellas tienen sobre la salud, manifiestan un interés general, que se aleja en el momento de actuar (Ibid, 114).

De esta manera, en nuestras prácticas cotidianas mostramos mayor interés hacia la enfermedad que a la salud, es decir, ejercemos prácticas saludables de auto-atención más que de auto-cuidado.

En este trabajo, el auto-cuidado forma parte del entorno cultural en el que hombres y mujeres estamos inscritos, es parte de nuestra vida cotidiana y la ejercemos libremente mediante un ejercicio de consciencia, y específicamente para las mujeres como un ejercicio de emancipación y cambio respecto a su salud y sexualidad⁴⁰, lo que se extiende a las mujeres de *Meta* → *Salud*, ellas también están inmersas en un sistema de género, desempeñando roles o papeles socialmente asignados respecto al cuidado de los hijos y de la familia. No obstante, ellas buscan estrategias dentro de sus posibilidades y mediante sus capacidades para tomar decisiones que las lleven a

⁴⁰ El auto-cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres es un tema importante para la autonomía y el bienestar de ellas mismas, en este trabajo no desarrollamos este tema, pues no es parte de los objetivos de la tesis, pero sí consideramos que es un tema de estudio crucial para el empoderamiento de las mujeres.

construir y cuidar su salud con el fin de prevenir enfermedades, tener una mejor calidad de vida y un desarrollo personal digno como acciones de promoción de la salud.

2.4.4 Agencia

Desde la perspectiva de género, las prácticas de auto-cuidado buscan el desarrollo personal de las mujeres y han estado ligadas a la capacidad para decidir y actuar en beneficio de su salud. Desde la perspectiva feminista, el auto-cuidado se relaciona a una capacidad para incrementar la voluntad de las mujeres en el ejercicio de una exigencia por los derechos a su salud, lo que se relaciona con lo que antes llamamos empoderamiento. Para Arango (2007), el empoderamiento es “la capacidad de las mujeres de incrementar su propia auto-confianza y su fuerza interna. Esto se identifica como el derecho a determinar sus opciones de vida, a través de la habilidad para obtener el control del cambio sobre los recursos materiales y no materiales” (Ibid, 112).

La capacidad de las mujeres para actuar sobre su entorno social e individual no ha estado aislado de las condiciones histórico-sociales por las que han atravesado las mujeres a través del tiempo. A finales del siglo XIX, durante la Revolución Industrial, surgen movimientos de mujeres para exigir mejores condiciones laborales, ligados a una acción política por la reivindicación para tomar decisiones. Algunas autoras señalan que estos movimientos surgen de manera paralela a los papeles y roles sociales asignados a las mujeres; su exigencia iba encaminada a tener menos horas

laborales para poder continuar con los papeles del cuidado de los hijos en casa, lo cual refuerza el estereotipo de mujer tradicional (Carrasco, 2011,22).

Para esta investigación y con el fin de conocer las prácticas de auto-cuidado de la salud de las mujeres de *Meta* → *Salud*, se retomará la definición de agencia desde la perspectiva de género, la cual se entiende como una capacidad consciente de las mujeres para tomar decisiones y actuar sobre su propia salud con el fin de conocer los factores sociales y de género que facilitan u obstaculizan el auto-cuidado.

Con estos planteamientos se enmarca la dirección que tomará este trabajo de investigación, ligado a la epidemiología sociocultural en su corriente socio-antropológica sobre las condiciones de vida y las prácticas de la salud de las participantes desde su propia experiencia. Se reconoce a las mujeres con capacidad de agencia para tomar decisiones de cuidado y auto-cuidado, en el marco de un sistema de género que les ha impuesto una cultura de cuidado *del otro*, postergando el propio.

Capítulo 3. Un acercamiento metodológico

Los nuevos paradigmas de investigación social en salud, como la epidemiología sociocultural, reconocen la necesidad de articular los métodos cuantitativos y cualitativos en el abordaje de un fenómeno en salud en todas sus dimensiones, tanto biológicas como sociales, económicas, culturales y políticas. Es por este motivo, que este trabajo se apega a estos enfoques, pues gracias a ellos, es posible explorar y analizar los obstáculos y facilitadores que las mujeres participantes en el programa *Meta* → *Salud* tienen para el cuidado y auto cuidado de la salud a través de sus condiciones de vida y las relaciones sociales que se establecen en sus prácticas de alimentación y actividad física.

Con el fin de lograr los objetivos planteados, hicimos una selección de diez participantes del programa *Meta* → *Salud*, de las que contáramos con los datos completos de las tres evaluaciones. Después, nos aseguramos que las participantes tuvieran los dos tipos de resultados: favorables y no favorables, tanto en sus prácticas de alimentación, como en la actividad física durante la intervención, con el fin de tener ambos tipos de experiencia. Los datos se volvieron a levantar tres meses después, con el fin de compararlos con los originales, y así poder dar seguimiento en el mantenimiento o cambios en sus prácticas y en sus datos antropométricos. Además de aplicar un cuestionario y tomar las medidas antropométricas, realizamos una entrevista semi-estructurada para conocer, desde su discurso, los obstáculos y facilitadores que ellas encuentran en el cambio hacia prácticas saludables, así como el sentido que le otorgan a sus

prácticas y sus estrategias de cuidado y auto-cuidado. Para Ruiz (1999), la entrevista más allá de una comunicación, se establece un intercambio de conocimientos y significados: “la entrevista comprende un desarrollo de interacción, creador y captador de significados, en el que influyen decisivamente las características personales del entrevistador tanto del entrevistado” (165), de esta manera, la entrevista nos permite conocer a profundidad las motivaciones que conllevan a las mujeres a mejorar su salud.

En este capítulo se entenderá la relación entre lo que se desea investigar y el procedimiento para lograrlo, tomando como eje rector los objetivos y preguntas de investigación. De esta manera, los conceptos de género, cuidado y auto-cuidado de la salud, así como el de promoción a la salud nos darán la guía para lograrlo, no sin antes conocer el proceso histórico por el que ha atravesado el enfoque metodológico que se utiliza en este trabajo y su relación con nuestra investigación.

Por ello, este trabajo de tesis se adscribe a los nuevos paradigmas tanto teóricos como metodológicos que sugieren la integración de métodos (Castro 2011, 160). Por lo tanto, este estudio será de tipo exploratorio cualitativo y buscará no sólo la exploración de datos cuantificables a través de los datos antropométricos, de actividad física y alimentación que tienen las mujeres participantes en este estudio, sino también los conocimientos, prácticas y relaciones sociales que se establecen frente a la alimentación y actividad física en el cuidado y auto-cuidado de la salud como un ejercicio de autonomía de las mujeres.

Algunos autores señalan que las ciencias sociales en salud se han caracterizado por la búsqueda de causas individuales como objeto de estudio. Por un lado, algunas ramas de la epidemiología y la medicina social se han centrado en los determinantes causales de la enfermedad, principalmente desde una perspectiva biomédica (Diez y Álvarez, 2011, 67). Por otro lado, la antropología social en salud ha privilegiado el uso de un enfoque primordialmente cualitativo, excluyendo todo abordaje cuantitativo, con ello, se han generado algunos conflictos de posición respecto a las formas de acceder al conocimiento en salud (Menéndez, 2011, 122-123).

A finales del siglo XX, surgen enfoques alternativos que se han logrado posicionar a la par de las perspectivas heredadas⁴¹, el caso de los enfoques mixtos de pensamiento social, los cuales abogan por una combinación e integración de métodos para abordar, de manera profunda, un mismo objeto. En las ciencias de la salud hay una preocupación creciente por conocer nuevos métodos para entender el aumento y los cambios en las enfermedades crónico-degenerativas y otras (Guba y Lincoln, 2000, 123; Menéndez, 2001, 124; Denman y Haro, 2000, 46;).

Esta aproximación alternativa, se da cuando uno u otro enfoque (cuantitativo vs cualitativo), no brinda una explicación en su totalidad. El enfoque cuantitativo busca generar datos por medio de cuestionarios, estudios demográficos, etc., que se acerquen de manera externa a las causas del fenómeno estudiado. En cambio, el enfoque cualitativo se apega a la comprensión e

⁴¹ Guba y Lincoln le han llamado “La perspectiva heredada” a la tradición cuantitativa que predominó desde el origen de la ciencia, apropiándose del mundo social logrando una hegemonía de la verdad y heredando sus métodos de investigación.

interpretación del sentido y significado de acciones por medio de la observación, entrevista, entre otros (Guba y Lincoln, 2000, 16; Mejía, 2003, 21).

Una integración sugiere un acercamiento, tanto a los datos cuantitativos para conocer de manera general las enfermedades crónicas, la comparación de datos antropométricos y demográficos de las mujeres participantes de esta investigación, como a la interpretación de sus prácticas de alimentación y actividad física para conocer cómo las mujeres previenen y promueven las enfermedades crónicas.

Nuestro objetivo va más allá de conocer sólo un aspecto de los cambios que experimentaron las mujeres, por ello, utilizamos tanto comparaciones de datos numéricos y frecuencias, como las experiencias que viven las mujeres desde su propia voz. Algunas investigaciones sociales en salud utilizan esta integración desde la década de los sesenta, con la intención de vincular la historia y los aspectos sociales e individuales, es decir, el vínculo de un nivel macro social con la biografía del sujeto a nivel micro social (Mejía, 2003, 22; Castro, 2011, 148).

Mejía (2003, 23), menciona que actualmente las investigaciones socioculturales ya no sólo recurren a un solo enfoque metodológico ya sea cuantitativo o cualitativo, sino que han integrado a ambos, se han preocupado por la significación y el sentido de los sujetos de estudio en sus comunidades, y que por ello se recurre a la cuantificación de ciertos datos como una estrategia de organización e identificación de patrones y tendencias. El caso de investigaciones latinoamericanas que han logrado posicionar el abordaje mixto o interdisciplinario desde los años

setentas hasta la actualidad, se han visto en ocasiones invisibilizados ante la hegemonía metodológica, trabajos como los de Menéndez y otros, son un claro ejemplo de investigaciones integracionistas (Castro, 2011, 150; Menéndez, 2011, 121).

Mejía (ibid), sostiene que esta separación de enfoques no tiene sentido, ya que los métodos cuantitativos y cualitativos están relacionados íntimamente desde que el investigador/a se plantea el problema, es decir, los datos no hablan por sí solos, el investigador cuantitativo se plantea una interpretación de sus resultados, así como el investigador cualitativo tiene ideas generales que rigen su investigación, a esta combinación se le ha denominado integracionista.

Las ciencias sociales en general, y las ciencias sociales en salud en particular, se encuentran en la búsqueda de conocer los procesos sociales por los que los grupos o comunidades construyen el conocimiento respecto a un fenómeno. Así pues, la decisión de un acercamiento a una combinación metodológica en esta investigación nos permitirá conocer y reflexionar sobre la importancia de programas de promoción como *Meta* → *Salud* en la vida y la salud de las mujeres.

En este trabajo, el enfoque cuantitativo se utilizará en la comparación de los datos antropométricos (talla, peso, circunferencia de cintura y cadera), la frecuencia en el consumo de alimentos (tipo de leche, tipo de aceite, consumo de frutas y verduras) y la frecuencia de actividad física (días en los que realizó actividades físicas vigorosas, moderadas, caminata y tiempo en el que permanece sentada durante el día). El antes y después de estos resultados nos ayudará a

entender concretamente, el mantenimiento e influencia del programa en sus prácticas de alimentación y actividad física.

El enfoque cualitativo se expresará en el análisis de la entrevista semi-estructurada que se hizo a cada una de las 10 participantes seleccionadas. La entrevista se utiliza como una técnica para recoger la información brindada por el entrevistador desde su interpretación, a través de la interacción con el entrevistado (Ruiz, 2012, 166). Esta técnica nos permite conocer la experiencia de las mujeres que participaron en *Meta → Salud*.

La integración de estos paradigmas nos ayudan a comprender de manera integral el problema que investigamos, el cual tiene que ver con la construcción social de género como un obstáculo y facilitador en el proceso de cambio de las mujeres de *Meta → Salud*.

3.1 Consideraciones éticas

Dentro de la investigación social, la ética se entiende como un proceso por el cual las normas sociales⁴² rigen la voluntad del investigador, es decir, en las investigaciones sociales, la ética guía el proceso por el cual el investigador se acerca a las personas que desea investigar, para Figueroa (2005, 61) la ética es “el estudio de las normas morales en el tiempo y en el espacio; su propósito

⁴² Entiendo por normas sociales como reglas conductuales que toda sociedad impone para preservar el orden y la organización social.

es identificar los supuestos bajo los cuales fueron definidas dichas normas, así como las personas que participaron en su construcción, quienes contribuyeron a su permanencia y también a su modificación a través del tiempo”.

La ética empieza a adquirir un sentido social y moral en las investigaciones sociales, y especialmente en las investigaciones en salud, después de la segunda guerra mundial⁴³ a partir de los abusos y violaciones de derechos humanos que ocurrieron en el holocausto. Desde entonces se establecieron elementos mínimos necesarios que se deben incluir en cualquier investigación que implique el acercamiento a sujetos humanos, uno de ellos es el consentimiento informado, es decir, que la persona investigada conozca y participe de manera consciente en la investigación; el investigador es responsable de que, el o la participante, conozca de manera plena sus derechos, el proceso de la investigación, cómo se manejará protegerá su información (ibid, 62).

Para objeto de esta investigación se tomaron en cuenta algunas consideraciones éticas:

1. El acercamiento a la información sobre los resultados del programa de *Meta →Salud*
2. La información personal y de contacto de las participantes de *Meta →Salud*

La primera consideración a tomarse en cuenta, fue el acercamiento a los resultados de *Meta →Salud*. Este trabajo es parte de un seguimiento para la evaluación del programa y una

⁴³ “En 1947 se define el código de Nüremberg que establece lineamientos sobre lo que se espera sea controlado en un proceso de investigación atendiendo ciertos cuidados éticos mínimos” (Figuroa, 2005, 65)

continuación del trabajo que se ha realizado en los últimos 7 años. De esta manera, y como parte del equipo de investigación de El Colegio de Sonora y el Colegio de Salud Pública de la Universidad de Arizona tuve acceso a los datos de las mujeres, además de estar certificada y capacitada para el levantamiento y manejo de datos. El proceso que se llevó a cabo se define más adelante.

También, se accedió a la información de contacto de las participantes, a través de sus números telefónicos y domicilios para posteriormente contactarlas. Estando conscientes que este seguimiento implicaría un posible sesgo en la investigación al establecer una jerarquía de poder entre la relación que se establecería entre las participantes y yo, como parte del equipo de *Meta* → *Salud*, se diseñó un procedimiento del consentimiento informado claro y preciso sobre el trabajo y el papel que desempeñaría la participante en el proceso, para obtener y analizar la información que ellas me proporcionarían.

3.1.1 Consentimiento informado

El consentimiento informado es la herramienta que se utilizó para explicar de manera clara el trabajo que se realizaría, así como los derechos y beneficios que las participantes adquirirían al formar parte voluntariamente en esta investigación. Al inicio del documento se explicó el objetivo de la investigación, las fases del trabajo de campo y su participación. Nos comprometimos a devolver su información personal para que ellas mismas pudieran medir su avance y hacer un auto-

monitoreo. También les comunicamos los posibles riesgos a los cuales ellas se enfrentarían al participar –como sentir incomodidad ante alguna pregunta-, y se explicó cómo se protege su confidencialidad y con quiénes ponerse en contacto en caso de dudas o comentarios (ver anexo 3).

3.2 Diseño metodológico y técnicas de investigación

Para acercarnos a la realidad social de las sujetas de estudio, se tomaron a 10 mujeres que participaron en el seguimiento del programa *Meta →Salud* (n=148), se les invitó a participar en esta investigación, se leyó y firmó el consentimiento informado (anexo), se les realizaron las medidas antropométricas (talla, peso, circunferencia de cintura y cadera), un cuestionario sobre estilos de vida (ver anexo) y, posteriormente, una entrevista semi-estructurada (ver anexo) con el objetivo de conocer de manera general su contexto sociodemográfico y sus condiciones de salud actualmente, -y de manera particular el significado de esas acciones y su habilidad para hacer frente a sus condiciones de vida-.

3.2.1 *La selección de las participantes*

La selección de las mujeres que participaron en este trabajo de tesis pertenecen al conjunto de la población evaluada del programa *Meta →Salud* (n=148). Se establecieron dos grandes criterios de selección:

1. Haber participado en el programa de *Meta → Salud* y presentar resultados favorables (antropometría, alimentación y actividad física) en la evaluación del programa.
2. Haber participado en el programa de *Meta → Salud* y no presentar cambios favorables en la evaluación del programa.

Para seleccionar a las participantes, primero se hizo una búsqueda simple del conjunto de las 148 mujeres con datos iniciales, datos durante la intervención y datos de seguimiento que se encuentran en la base de *Meta → Salud*, en el programa *Access* con las siguientes variables como referente:

1. Datos antropométricos: cálculo de peso, cálculo de circunferencia de cintura, y cálculo de cadera. El cálculo se refiere al resultado de las tres tomas que se hace en los datos antropométricos para reducir margen de error.
2. Tipo de actividad física durante la semana: actividades vigorosas, actividades moderadas, caminata, tiempo que permanecen sentadas.
3. Consumo y frecuencia de alimentación: tipo de leche, tipo de aceite, porciones a la semana de refrescos regulares, porciones a la semana de bebidas azucaradas.

Para cumplir con los criterios de selección se establecieron puntajes de las variables antropométricas: peso, cintura, cadera; de alimentación: tipo de leche, tipo de aceite, bebidas

azucaradas y soda; y, de actividad física: vigorosa, moderada, caminata y sedentarismo. Para cada una de las variables se calculó su resultado final, menos el resultado inicial, se les otorgó un punto si presentaron un cambio favorable y cero si no tuvieron cambio o no fue favorable, siempre y cuando el resultado fuera mayor a cuatro puntos. De esta manera, si las participantes obtuvieron resultados favorables, tendrán un máximo de 3 puntos y un mínimo de 0 en las variables antropométricas, un máximo de 4 en las variables de actividad física y un máximo de 4 en las de alimentación (ver tabla 5, 6 y 7).

Tabla 5. Ejemplificación de tabla de selección de casos para la diferencia en el peso, circunferencia de cintura y cadera y selección de las variables antropométricas

#	Peso	Cintura	Cadera	Puntaje
1	1	1	1	3
2	1	1	1	3
3	0	1	1	2
4	0	1	1	2

Así, las celdas que tienen color y 1 punto disminuyeron su peso, circunferencia de cintura y cadera, desde el inicio y a los tres meses de seguimiento, sus resultados son iguales o mayores a cuatro puntos; por ello, la participante 1 y 2 del ejemplo anterior tienen tres variables favorables en los datos antropométricos, y la participante 3 y 4 sólo dos puntos favorables.

El mismo procedimiento se utilizó para las variables de actividad física y alimentación considerando el aumento en la actividad física y el cambio en el consumo de alimentos (ver tabla 6 y 7).

Tabla 6. Ejemplificación de tabla de selección en la diferencia de días a la semana en las que realiza actividades físicas vigorosas, actividades físicas moderadas, caminata, diferencia de tiempo que permanece sentada y selección antropométricas

#	Vigorosas	Moderadas	Camina	Sentada	Puntaje
1	0	0	0	0	0
2	0	0	1	0	1
3	0	0	0	0	0
4	0	1	1	0	2

La tabla muestra que la participante número uno y número tres presentan cambios no favorables en sus actividades físicas, ambas muestran una disminución en sus actividades físicas desde el inicio del programa y hasta tres meses después; al contrario, la participante dos y cuatro del ejemplo anterior, muestran una diferencia positiva en los días que le dedicaron a caminar desde el inicio del programa hasta tres meses después, la participante número cuatro también presenta cambios favorables en sus actividades moderadas y en los días a la semana que dedica a caminar.

Las siguientes variables son para seleccionar los casos favorables de la alimentación, los colores muestran los casos que presentan cambios favorables en el tipo de leche, el tipo de aceite, el consumo de soda y de bebidas azucaradas desde el inicio y hasta los tres meses de seguimiento del programa (ver tabla 7).

Tabla 7. Ejemplificación de tabla de selección de casos en la diferencia en el consumo de tipo leche, porciones a la semana de bebidas azucaradas, porciones a la semana en el consumo de soda regular y tipo de aceite para cocinar

#	Tipo leche	Bebidas azucaradas	Soda	Tipo de aceite	Puntaje
1	0	1	0	0	1
2	0	1	1	0	2
3	0	1	1	1	3
4	1	1	1	1	4

La tabla 7 muestra la diferencia en el consumo y tipo de alimentos desde el inicio del programa hasta los tres meses después de haber concluido, así, la participante número uno del ejemplo anterior muestra una disminución de consumo en las porciones de bebidas azucaradas desde del inicio hasta los tres meses de seguimiento, lo cual para nosotros representa un cambio favorable, por el contrario, no pasa lo mismo para su consumo de soda o el cambio en el tipo de leche o aceite que utiliza. La participante número cuatro muestra un cambio en el tipo de leche que consumió, una disminución positiva en su consumo de bebidas azucaradas y soda y un cambio positivo en el tipo de aceite que utiliza para cocinar.

Una vez establecidos los rangos o índices favorables y no favorables en la evaluación antropométrica, actividad física y alimentación se aglomeró y se establecieron dos casos:

- a) **Favorables:** la suma con más de cuatro puntos entre las variables antropométricas, actividades físicas y alimentación, como ejemplo veamos la siguiente tabla:

Tabla 8. Ejemplificación de cambios favorables entre las variables antropométricas, de actividad física y alimentación

#	Antropométricas	Alimentos	Actividad Física	Índice
1	3	0	1	4
2	3	1	2	6
3	2	0	3	5
4	2	2	4	8

La tabla 8 muestra que la participante número cuatro hizo mayores cambios en todas las variables con un puntaje de ocho puntos.

- b) **No favorables:** ningún cambio en las variables seleccionadas (antropométricas, actividad física y alimentación), por ejemplo:

Tabla 9. Ejemplificación de cambios favorables entre las variables antropométricas, de actividad física y alimentación⁴⁴

#	Antropométricas	Alimentos	Actividad Física	Índice
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0

Posteriormente, se hizo una selección por bloques (Favorables: con tres o más puntos en el índice, No favorables: cero puntos en el índice) y se estableció una muestra aleatoria simple en cada bloque, para seleccionar cinco casos del bloque favorable y cinco casos del bloque no favorable.

3.2.2 Técnicas de investigación

Las técnicas de investigación utilizadas pertenecen a las herramientas mixtas en investigación social, primeramente se hizo un levantamiento de datos antropométricos y de estilos de vida, lo

⁴⁴ Para fines de la ilustración, no se consideró incluir a todas las participantes en la tabla.

que permitió generar datos sobre el estado actual de salud de las participantes. Se utilizaron los instrumentos de *Meta* → *Salud* y una entrevista semi-estructurada, específicamente:

1. El levantamiento de los datos antropométricos para la talla en metros, peso en kilogramos, circunferencia de la cintura y circunferencia de la cadera (ver anexo).
2. Cuestionario sobre estilos de vida, el cual tiene 10 grandes apartados (ver anexo):
 - a) Perfil sociodemográfico
 - b) Prioridades en la vida
 - c) Actividad física
 - d) Alimentación
 - e) Percepción de salud
 - f) Condición de salud
 - g) Acceso a la salud
 - h) Bienestar emocional
 - i) Consumo de alcohol
 - j) Consumo de tabaco
3. La entrevista semi-estructurada consta de seis grandes temas (ver anexo):
 - a) Información sobre *Meta* → *Salud*
 - b) Comunidad saludable
 - c) Alimentación
 - d) Actividad física
 - e) Género
 - f) Cuidado y auto-cuidado

Todos los temas fueron transversales durante la entrevista ya que son un conjunto de atribuciones de información, significado y prácticas que se entrelazan.

En cuanto a la entrevista es importante tener claro que se trata de una herramienta de interpretación de la realidad; es un recurso narrativo que nos permite reconstruir e interpretar historias, con ella, intentamos comprender creencias, significados, actitudes y prácticas mediante el discurso de la persona entrevistada (Denzin, 2001, 25; Vargas, 2012, 120). De esta manera, la entrevista, en su vertiente semi-estructurada brinda un abanico de posibilidades amplio que da pie a la interpretación con mayor exactitud, las preguntas son de carácter abierto y con mayor flexibilidad, lo cual permite al entrevistado construir su respuesta (Vargas, 2012, 126). Una vez revisados los instrumentos se procedió al levantamiento de los datos cuantitativos y cualitativos.

Como se puede ver, se trata de un estudio de corte cuanti-cuali que retoma aspectos de la epidemiología sociocultural en su carácter integrador, aplicando métodos cuantitativos y cualitativos con el objetivo de conocer los obstáculos y facilitadores que las mujeres que participaron en *Meta* → *Salud* tienen para el cuidado y auto-cuidado de la salud ya sea que hayan presentado resultados favorables o no favorables en la evaluación del programa.

3.3 El trabajo de campo

El trabajo de campo se llevó a cabo durante el verano de 2015, en dos acercamientos. Primero, se les contactó por medio de llamadas telefónicas y visitas domiciliarias; en una primera visita se leyó y explicó el consentimiento informado, se tomaron las medidas antropométricas y se levantó el cuestionario sobre estilos de vida; en una segunda visita, se hizo la entrevista semi-estructurada en las fechas y horarios que las entrevistadas propusieron (véase Tabla 10).

Tabla 10. Esquema cronológico del trabajo de campo

Trabajo de campo				
	Fechas	Actividad	Propósito	Instrumento
Fase 1	Abril y Mayo 2015	Selección de los casos	Seleccionar a diez mujeres, cinco con resultados favorables en la evaluación de <i>Meta</i> → <i>Salud</i> y cinco con resultados no favorables	Base de datos en <i>Access</i>
	Junio 2015	Primer contacto, llamadas telefónicas, agendar citas para visitas domiciliarias	Invitar a participar en nuestra investigación, se explicó de manera breve en qué consistía y cuáles eran los objetivos que queríamos lograr	Construcción de nuestra base de datos en Excel
Fase 2	Julio, Agosto, Septiembre Octubre 2015	Visitas domiciliarias	Obtener información sobre el mantenimiento de prácticas de alimentación y actividad física de las mujeres seleccionadas	Papel bond Báscula Cinta métrica Cuestionario Guía de entrevista

Fase 3	Noviembre Diciembre Enero Febrero	Análisis de la información	Conocer los obstáculos y facilitadores que las mujeres seleccionadas tienen en sus prácticas de alimentación y actividad física para el cuidado y autocuidado de la salud.	Base de datos en Excel Programa de análisis cualitativo Nvivo 10
--------	--	----------------------------	--	---

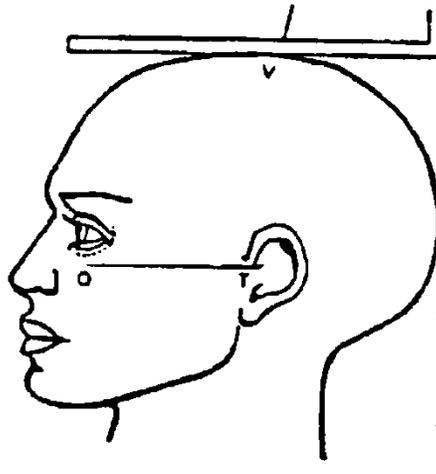
En el trabajo de campo también se toma en cuenta las notas de campo que se hicieron desde el primer y hasta el último contacto, lo que permitió conocer las condiciones sociales en las que viven las mujeres, algunos aspectos de su vida cotidiana como su relación con la familia, los vecinos y su comunidad y que fue a través de pláticas cara a cara fuera de la entrevista.

La primera fase del trabajo de campo se llevó a cabo durante los meses de abril y mayo del 2015, previamente se discutió sobre el acercamiento a las participantes. Pedimos la autorización de las responsables del proyecto, como parte de los cuidados éticas que se tendrían en esta investigación (véase consideraciones éticas). Gracias a asesorías con expertos en metodología cuantitativa, se tomaron las decisiones pertinentes para la selección de las mujeres. La primera fase, nos ayudó a conocer a las mujeres que participarían en nuestra investigación y tener acceso a su información durante el programa de *Meta → Salud* (desde el inicio hasta tres meses después de haber concluido).

La segunda fase demoró más de lo previsto, ya que a algunas de las participantes concluían la primera visita (medidas antropométricas), pero después sus ocupaciones no permitían agendar

una segunda cita para la entrevista semi-estructurada (se describen las dificultades en el siguiente apartado). En esta fase, se levantaron los datos antropométricos siguiendo el protocolo de evaluación de *Meta* → *Salud* (ver anexo), el cual brinda las siguientes indicaciones:

Estatura: es la talla al estar de pie, se utiliza una hoja de papel bond que se coloca en la pared y se sujeta con cinta adhesiva. La pared tiene que ser lisa, sin relieves, el piso no debe estar a desnivel. Posteriormente, se le pide a la participante que se quite sus zapatos y se coloque de espaldas a la pared con los talones lo más pegados posibles a ella, los pies juntos y con una abertura de 60 grados de las puntas, la cabeza y hombros pegados lo más posible haciendo un ángulo recto. Las medidas se toman correspondiendo a la posición *Frankfurt Horizontal Plane*:



Orbitale: el borde inferior de la cavidad del ojo.

Tragion: la rotura sobre el tragus de la oreja o al margen superior de hueso zigomático.

Frankfurt plane: línea horizontal- Orbitale-tragion.

Los brazos se colocan rectos y a la altura de los muslos, se toma una regla o una escuadra y se coloca en la parte más alta de la cabeza en posición a la pared, se hace una raya en el papel bond, se retira a la participante y se mide del piso al punto donde se estableció la talla con la cinta métrica.

Peso: para la toma del peso se utilizó una balanza electrónica en kilogramos, se le pedía a la persona que se quitara todo el peso que trajera en el cuerpo, llaves, monedas, exceso de ropa (doble blusa o camisola), celulares, lentes, aretes, pulseras, collares y zapatos. Se coloca a la persona haciendo una forma recta con los talones juntos y con una abertura de 45 grados aproximadamente. La posición de la cabeza es viendo directamente al frente sin movimiento, se toma tres veces el peso, la persona se baja y hasta que la báscula marque 0.00 se vuelve a subir.

Circunferencia de cintura: se utilizó una cinta de medir flexible, se le pidió a la participante que esté de pie, se tomó la cintura como el punto medio entre el último hueso de la costilla y el hueso donde inicia la cadera, entre esos dos puntos se toma una primera medida y se divide en 2, se toma el resultado y se rodea la cintura con la cinta, se le pidió a la persona que nos ayudara con su dedo marcando el punto medio para facilitar el rodear la cinta y levantara su otro brazo en forma recta, se fija derecha y se toma la primera medida, se repite dos veces más la misma operación

Circunferencia de cadera: para esta medición se pide que la persona esté parada de perfil a la entrevistadora con los brazos juntos a la altura del pecho, se hace la observación detectando el punto máximo de los glúteos, se coloca la cinta en ese punto, se comprueba que esté derecha y que

siga la línea recta sin resbalarse y se toma la medida. El mismo procedimiento se repite dos veces más.

Cuestionario: el cuestionario se realizó en la casa de la participante a la hora y día acordado por ella. La mayoría de los cuestionarios se hicieron en la sala de la participante, uno de ellos se realizó en el dormitorio de sus hijos y otro en la cocina mientras ella preparaba la cena. El cuestionario consistió en 80 preguntas con una duración promedio de 30 minutos, el conjunto de la toma de medidas antropométricas y el cuestionario tuvo como promedio de duración una hora, y por ello, se había decidido que el levantamiento de los datos cuantitativos y cualitativos fueron en dos visitas diferentes, para no cansar e interrumpir en sus labores a las participantes.

Esta estrategia tuvo ventajas y desventajas. Una ventaja fue el hecho de que, al estar al contacto con más frecuencia con ellas, por medio de mensajes o llamadas, se estableció una relación de mayor confianza. Una desventaja es que en algunos casos, sus ocupaciones no permitieron continuar con la evaluación, por lo que se tomó la decisión de hacer medidas antropométricas, cuestionario y entrevista en una sola visita.

Como lo mencionamos anteriormente, en esta fase también se realizaron las entrevistas en las casas de las participantes, regularmente por las tardes, que es cuando llegaban del trabajo o sus labores domésticas disminuían. A las primeras tres mujeres contactadas se les realizaron dos visitas domiciliarias. En la primera visita se explicaron los objetivos del proyecto, se leyó el consentimiento informado y se tomaron las medidas antropométricas y el cuestionario de estilos

de vida. Esta primera fase duraba alrededor de una hora, por lo que creímos más conveniente volver para realizar la entrevista semi-estructurada en otra ocasión, la cual demoraba alrededor de una hora, de lo contrario, le quitaríamos dos horas de su tiempo, además de que se podría mostrar cansada durante la entrevista.

Esta estrategia no funcionó en todos los casos (los detalles a continuación), así que a las 7 mujeres restantes, en una única visita se leyó el consentimiento, se tomaron las medidas, se aplicó el cuestionario y se realizó la entrevista semi-estructurada debido a la demora que se generó en el trabajo de campo. Un detalle importante es que a algunas mujeres ya no fue posible contactarlas para la segunda visita, en ocasiones ponían cita en 2 semanas y al acercarse la fecha no contestaban el teléfono ni los mensajes que se enviaban, en otras ocasiones, llegamos al domicilio en la hora acordada y se encontraban indispuestas para recibirnos. A partir de estas experiencias, decidimos correr de nuevo los datos y seleccionar a otras mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión y descartar a las anteriores.

La tercera y última fase del trabajo de campo tuvo lugar durante el segundo semestre del año 2015 y el primero del 2016. Los datos cualitativos se vaciaron en Excel, divididos en hojas o secciones: los datos antropométricos (talla, peso, IMC, cintura, cadera), alimentación (tipo de leche, tipo de aceite, consumo de bebidas azucaradas, consumo de soda regular, consumo de verduras y fruta), y actividad física (días de actividad vigorosas, moderadas, caminata y tiempo que permanece sentada).

Los datos que se obtuvieron en el trabajo de campo fueron comparados con las mismas variables de los resultados que obtuvieron estas mujeres en la evaluación de *Meta* → *Salud* en 2011-2012, con el fin de conocer el mantenimiento de sus prácticas, los resultados se detallan en el capítulo siguiente.

3.3.1 Dificultades en el trabajo de campo

Una de las primeras dificultades a las que nos enfrentamos en el trabajo de campo fue contactarlas, ya que algunas participantes después de tres o cuatro años habían cambiado de teléfono o estaba discontinuado, sólo algunas conservaban su número. Se procedió a buscarlas en sus domicilios, algunas de ellas trabajaban en ese momento, por lo que se tuvo que visitar el domicilio en distintas ocasiones y preguntar a los vecinos por los horarios de las participantes.

Otra dificultad, fue la disponibilidad de tiempo de las participantes, ya que su condición de género las obligaba a tener poco tiempo para recibirnos, sus responsabilidades en su vida laboral, la atención de la salud de sus hijos e hijas (citas médicas), la educación de los y las hijos (juntas en la escuela), y el trabajo doméstico les impedía atendernos con regularidad, lo que conllevó al retraso del trabajo de campo, incluso, en un primer momento se había contemplado contactar a 15 participantes (cinco casos favorables, cinco intermedios y cinco no favorables). Sin embargo, debido al retraso se decidió tomar sólo a 10 participantes (cinco casos favorables y cinco no favorables). Cuatro de las participantes sólo completaron las medidas antropométricas y el

cuestionario, y después fue imposible volver a contactarlas, por lo tanto se eliminaron sus datos, se tomó la decisión de correr de nuevo la base de datos para seleccionar nuevos casos debido a la demora que esto implicaba para la presente investigación.

En total, se levantaron los datos de diez mujeres de estratos socioeconómicos medios, ubicadas principalmente al norte de Hermosillo y usuarias de los Centros de Salud Urbanos La Floresta, Progreso Norte, Los Olivos y la Unidad de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas UNEME. Se describen en el siguiente capítulo.

Capítulo 4. Condiciones de vida y de salud en las participantes de *Meta* → *Salud*, los datos cuantitativos

En este capítulo se presentan y describen los resultados comparativos de las medidas antropométricas de las 10 mujeres que participaron en esta investigación. Se analizan de manera general las condiciones de vida y salud que pueden influir como obstáculos o facilitadores en prácticas saludables en su vida cotidiana. Se verá una descripción general de su contexto sociodemográfico, de prácticas de alimentación y actividad física y cómo ha cambiado desde que finalizó la evaluación de *Meta* → *Salud*.

La mayoría de las participantes seleccionadas, desde que terminaron el programa (2011-2012), lograron mantener sus medidas de peso, cintura y cadera, cuatro de ellas disminuyeron su peso; tres, su cintura y cinco mujeres, su cadera. Cuatro de ellas lograron disminuir su peso (40%); tres, su cintura (30%); y, cinco mujeres, su cadera (50%). De las diez mujeres, solamente dos de ellas lograron disminuir su peso, cintura y cadera, además aumentaron los días que le dedican a caminar disminuyendo el tiempo en que permanecen sentadas durante el día.

En el rubro de la alimentación, hubo un cambio positivo en el tipo de leche que consumen actualmente, eligiendo la leche semi-descremada por encima de la leche entera; la mayoría ha mantenido el aceite vegetal como su primera opción al cocinar; su consumo de verdura tuvo un cambio positivo pasando de 4.2 a 5.9 porciones por semana, y; su consumo de fruta se ha

mantenido en 3.5 porciones a la semana. Sin embargo, aumentaron las porciones de bebidas azucaradas y de soda regular consumidas durante la semana, las cuales pasaron de 3.4 a 10.9 y de 3.3 a 6 respectivamente.

4.1 Características sociodemográficas de las participantes

El número de participantes seleccionadas para este trabajo fue de 10 (n=10), de un total de 148 (n=148), todas mujeres. Se seleccionaron por medio de una muestra aleatoria simple guiada por dos criterios: los casos favorables y los casos no favorables⁴⁵. Se tomaron cinco casos del criterio favorable y cinco del criterio no favorable con el fin de conocer sus resultados y los obstáculos y facilitadores a los cuales se han enfrentado para llegar al cuidado y auto cuidado de la salud. Todas pertenecían a los cuatro grupos con los que se trabajó en la intervención Hermosillo: Centro de Salud Urbano La Floresta, Progreso Norte, Los Olivos y la Unidad de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME).

El promedio de edad de las mujeres participantes en este trabajo fue de 42.4 años, por lo que se encuentran en el cuarto grupo de edad, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición para los adultos. Las mujeres en esta etapa de su vida aún enfrentan problemas de salud sexual y reproductiva asociados al Virus del Papiloma Humano y algunos cánceres, pero también a

⁴⁵ Los casos favorables son aquellos en los que las participantes mejoraron su alimentación y salud a partir de haber estado en el programa *Meta → Salud*; por el contrario, los casos no favorables, fueron aquellos que no presentaron mejoría en su calidad de vida.

problemas crónicos no transmisibles como las enfermedades renales, la diabetes *mellitus*, las enfermedades isquémicas del corazón y la depresión (Lozano y Gómez 2014).

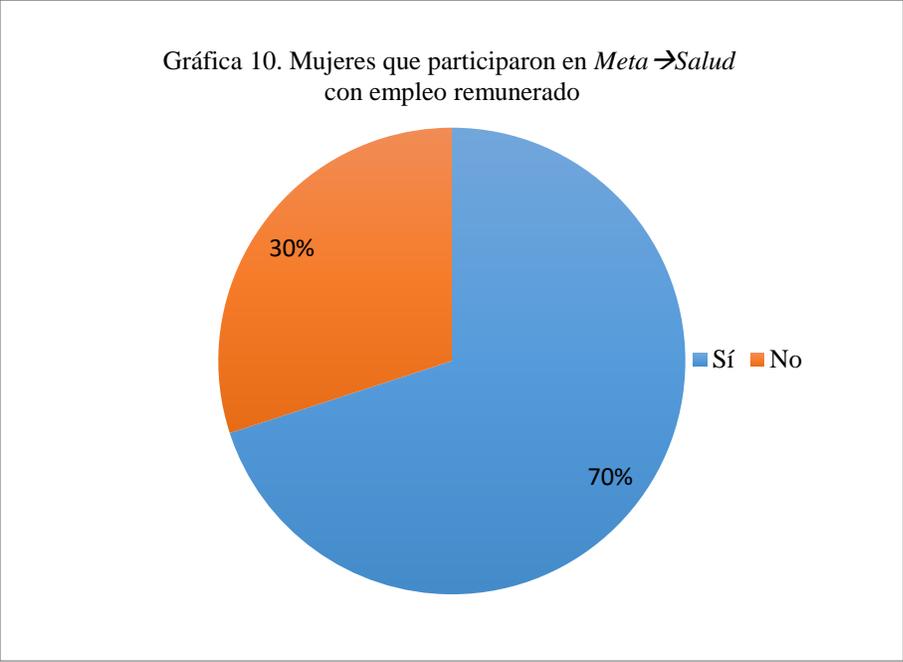
Según el informe sobre la carga global de enfermedades, en este periodo las mujeres construyen su sentido social, se establecen vínculos de apoyo, relaciones de auto-cuidado y dependencia con la familia, pero también es una etapa determinante en su vida laboral ya que es donde se definen las oportunidades en el mundo del trabajo y se cultiva la independencia, el desarrollo personal y de protección social. Así, las mujeres de *Meta → Salud*, actualmente se enfrentan a grandes retos asociados, no sólo a problemas con su salud, sino también con el entorno en el que se desenvuelven de manera individual en la búsqueda de su propio cuidado y en relación con el cuidado del otro (Ibid, 2014, 52).

En relación a la escolaridad, se encontró que el 40% de las participantes cuenta con nueve años de educación escolar, los cuales equivalen al nivel básico de secundaria terminada. El resto se divide en: 30% con estudios universitarios; 10%, con educación media superior; 10%, con educación básica de primaria, y; 10%, sin acceso a la educación escolar. Así, la mínima del grupo de participantes es de 0 años y la máxima de 16 años. De acuerdo al Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), las mujeres de *Meta → Salud* se encuentran dentro de la media nacional de 9.1 años escolares, que equivalen al nivel de secundaria. Sin embargo, la mayoría de las participantes están por debajo de la media para el estado de Sonora que es de 10.0 años escolares, correspondientes al nivel de educación media superior.

Respecto a su estado civil, la mayoría de las participantes vive con su pareja, ya sea casada (40%) o en unión libre (50%), sólo una participante se describió como separada (10%). Entre las mujeres que se encuentran formalmente en unión con su pareja expresan una preocupación mayor por conservar los roles tradicionales de género y como cuidadoras de los otros, sobre todo respecto a la alimentación de los hijos y tener la comida preparada para cuando llegue el esposo del trabajo, a diferencia de las que se encuentran en unión libre, quienes en su mayoría no expresan esta preocupación. También, casi todas las mujeres formalmente unidas a su pareja realizan trabajos en su hogar, los cuales no implican un horario formal, con ello se interpreta una preocupación de apego al hogar y refuerza su rol tradicional de mujer dedicada a los otros.

Actualmente, siete de las diez participantes cuenta con un empleo remunerado, dos de ellas se dedican a las labores del hogar y la última aún es estudiante, las tres últimas sin ningún goce de sueldo o apoyo por sus actividades.

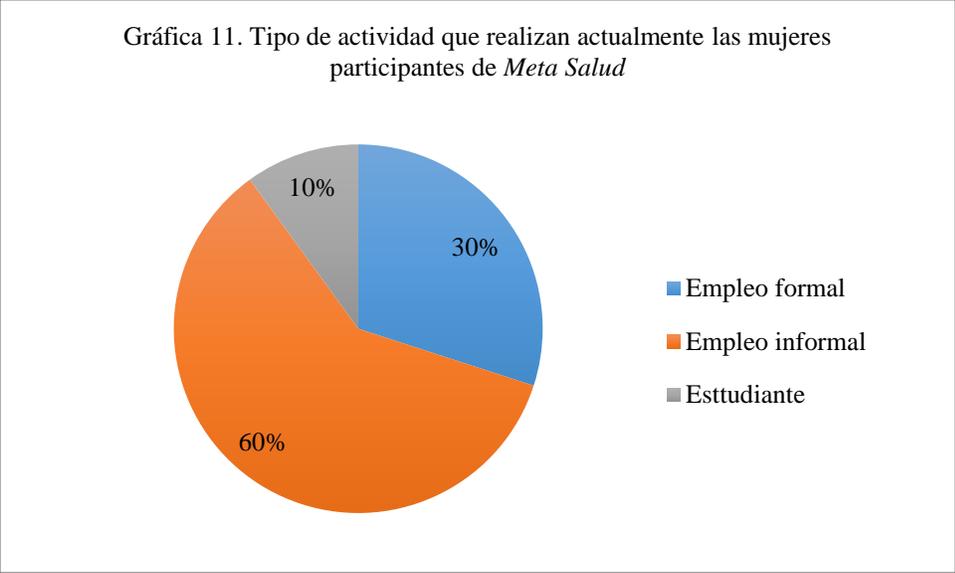
Gráfica 10. Mujeres que participaron en *Meta* → *Salud*, y que actualmente cuentan con un empleo remunerado



Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

Se encontró que la mayoría de las participantes que trabaja y recibe un sueldo se encuentra dentro del tipo de empleo informal: una de ellas se auto emplea mediante la elaboración y venta de piñatas; dos de ellas se dedican a las ventas de ropa y calzado; la otra es empleada doméstica. El resto se encuentra dentro del empleo formal, laboran en instituciones gubernamentales.

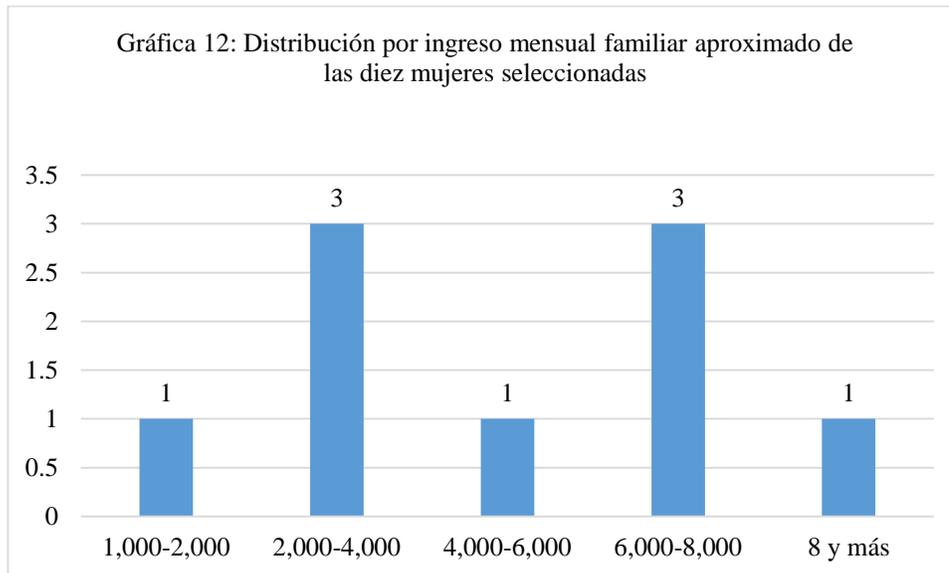
Gráfica 11. Tipo de actividad que realizan actualmente las mujeres participantes de *Meta → Salud*



Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

En promedio, el ingreso mensual familiar también es variado, va desde los \$2,000 a \$4,000, hasta los \$6,000 y \$8,000 al mes aproximadamente, para abastecer un hogar con una media de cuatro integrantes por familia, solamente una familia gana más de \$8,000 mensuales (ver gráfica 12).

Gráfica 12. Distribución por ingreso mensual familiar aproximado de las diez mujeres seleccionadas



Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

Los datos anteriores confirman la condición de desigualdad social en la que se encuentran las mujeres que participaron en *Meta → Salud*, tanto en su escolaridad como en sus actividades económicas, lo cual representaría un obstáculo para el cuidado y auto-cuidado de la salud, sin embargo, las mujeres han podido utilizar estrategias lograrlo.

4.2 Condiciones de salud de las participantes

En los últimos cuarenta años, la esperanza de vida al nacer ha aumentado, pasando de 34 años en 1930 a 75 años en 2014, sin embargo, los años de vida saludable (AVISA) han disminuido un 80% hasta el 2010 debido al aumento en las enfermedades crónicas no transmisibles (Corona, 2014, 47). Para las mujeres en México, la esperanza de vida es de 77 años, en Sonora de 75.1; algunos de los factores de riesgo atribuibles a la disminución en los años de vida saludable es el alto índice en la masa corporal, la glucosa elevada, la presión alta, la alimentación poco saludable, la inactividad física, el consumo de alcohol y tabaco y la contaminación ambiental y doméstica (Corona, 2014, 50; INEGI).

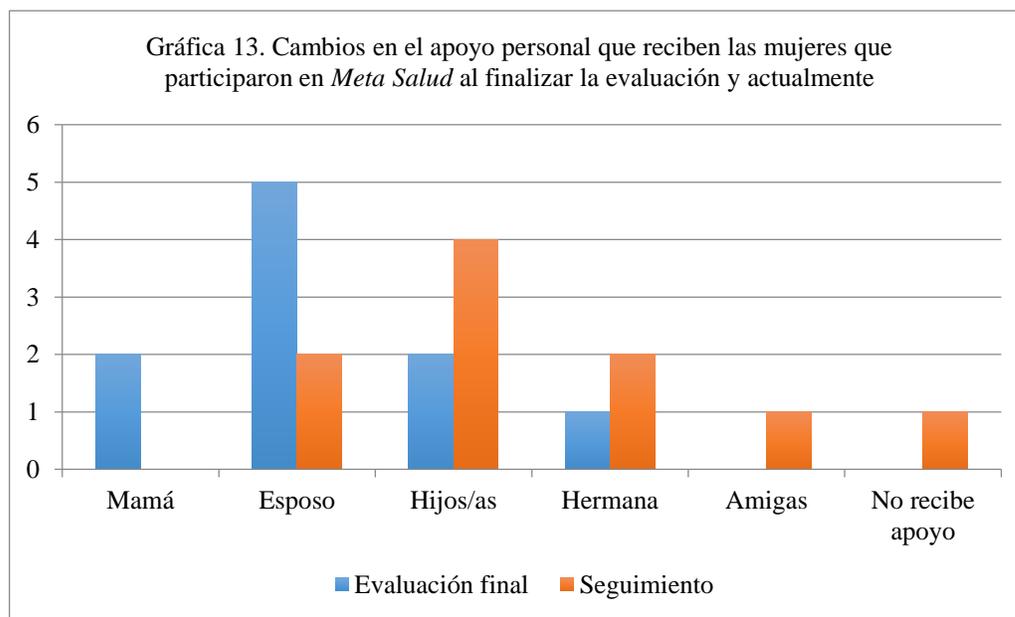
La vida y la salud de las mujeres se ha visto alcanzada no sólo por enfermedades que causan la muerte, sino también por aquellas que imposibilita una vida plena y saludable. Tal es el caso de los altos índices de depresión por el que atraviesan las mujeres en México, el cual ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, que además está relacionada con enfermedades como la diabetes, la ansiedad, el consumo de sustancias y las enfermedades cardíacas (Berenzon, 2013, 74).

Para Berenzon, algunos factores biológicos, psicosociales y contextuales han sido atribuidos al despunte de estos altos índices en las mujeres mexicanas como: ser mujer y dedicarse exclusivamente al hogar, adquirir una responsabilidad del cuidado de algún enfermo, tener un nivel socioeconómico bajo, consumir sustancias adictivas, padecer situaciones de violencia, estar

desempleada, la migración y el aislamiento social (Berenzon, et. al., 2013, 75). Este último factor podría estar relacionado con las labores que las mujeres desempeñan exclusivamente al hogar y al cuidado de los hijos, situación que les impide el autocuidado emocional y social, además de la falta de apoyo psicosocial que reciben.

Respecto a las mujeres de *Meta* → *Salud*, ellas declararon que actualmente reciben apoyo personal, principalmente de su familia: cuatro de las diez participantes recibe apoyo de sus hijos/as, dos de su esposo/pareja, dos de sus hermanas y una participante declaró no recibir apoyo personal cuando lo necesita. Pero esto ha cambiado, al finalizar la evaluación de *Meta* → *Salud*, la mayoría afirmaba recibir más apoyo de su esposo/pareja, dos recibían apoyo de su mamá, dos de sus hijos/as y una mujer de su hermana (ver gráfica 13).

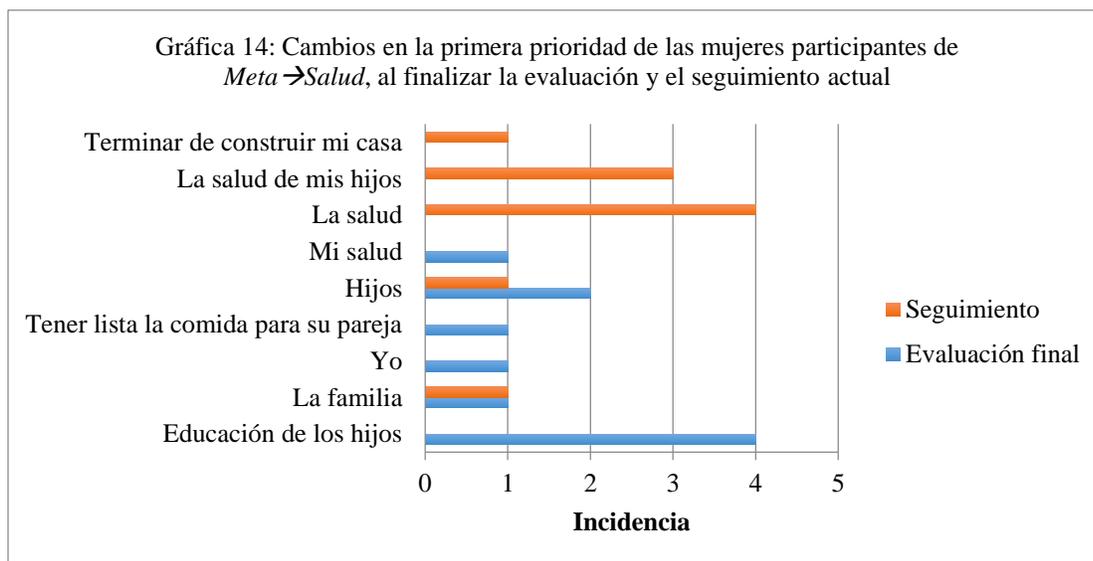
Gráfica 13. Cambios en el apoyo personal que reciben las mujeres que participaron en *Meta* → *Salud* al finalizar la evaluación y actualmente



Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

Para las mujeres de participantes, las prioridades en su vida están asociadas con el cuidado de la salud del otro, de los hijos y de la familia, reforzando así sus roles como cuidadoras. Al finalizar la evaluación de *Meta* → *Salud* la prioridad en su mayoría era la educación de los hijos, seguida de sus hijos, la familia, su salud y, por último, ellas mismas. Actualmente, la prioridad de la mayoría de las mujeres es la salud en general, seguida de la salud de sus hijos, la familia; como caso curioso, una de ellas mencionó como su prioridad o preocupación terminar de construir su casa, sin embargo, en la entrevista cualitativa destacó la preocupación por la vida personal y laboral de sus hijos para esta mujer (ver gráfica 14).

Gráfica 14. Cambios en la primera prioridad de las mujeres participantes de *Meta → Salud*, al finalizar la evaluación y el seguimiento actual



Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

Lo que se aprecia en la tabla anterior es un cambio en la prioridad de vida de las mujeres, es decir, al finalizar la evaluación de *Meta → Salud*, para la mayoría era la educación de sus hijos, actualmente creen que lo más importante es la salud. Este cambio puede deberse a la edad que ahora tienen las participantes o a la conciencia ganada en cuanto a la importancia de la salud.

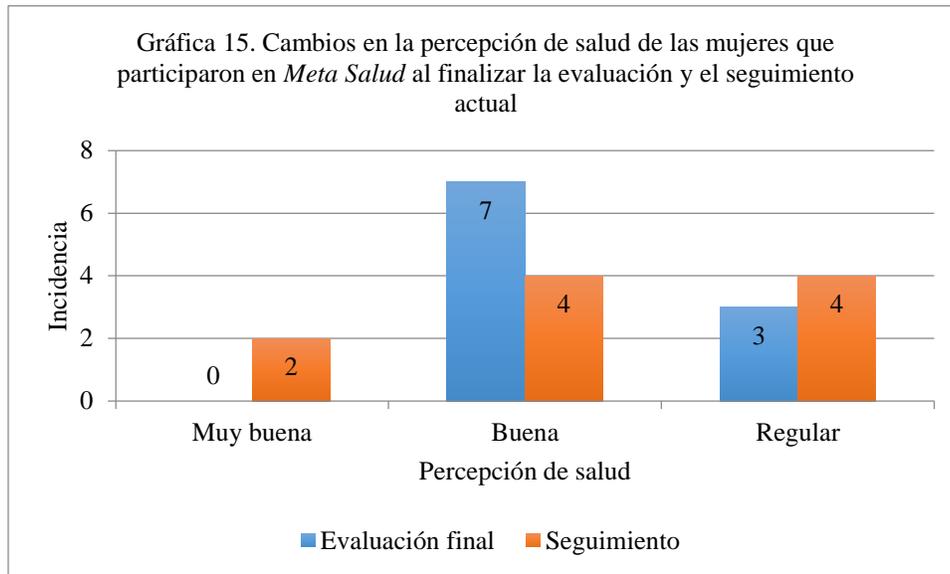
Según la OMS, el concepto de salud se entiende como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedades. Por ello, en años recientes el sistema de salud en México está interesado, no sólo en indicadores sobre incidencias y causas de

mortalidad, también hay un interés por medir la percepción de salud de los individuos para conocer las condiciones de salud de manera integral de la población mexicana. Para Abellán (2003), y según la Encuesta Nacional de Evaluación al Desempeño 2002, la percepción de salud es mejor entre hombres que entre las mujeres, está asociada negativamente al nivel de escolaridad y la percepción de salud disminuye con la edad: el 62% de las mujeres mayores de 18 años en México considera que su salud es buena⁴⁶, mientras que el 70% de los hombres la considera así.

La percepción de salud de las mujeres de *Meta* → *Salud* no es diferente, se encontró que ellas consideran su estado de salud como bueno y regular: cuatro de las diez participantes considera su salud como regular, cuatro de ellas considera su salud como buena y dos que considera su salud actual como muy buena. Al finalizar la evaluación de *Meta* → *Salud*, siete de las diez participantes consideraba su salud como buena y tres como regular, esto nos dice que dos de las participantes que consideraron su salud como buena o regular hoy tienen una percepción de salud mejor que la anterior (ver gráfica 15)

⁴⁶ La buena salud es el resultado de la suma de las personas que dijeron que su salud era buena, más las personas que dijeron que su salud era muy buena, se divide entre el total de personas entrevistadas y se multiplica por cien.

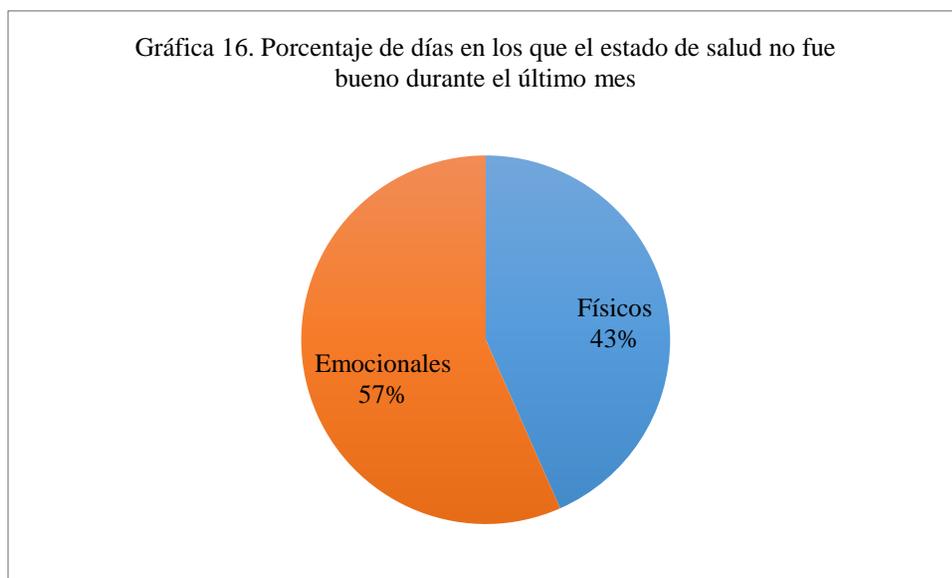
Gráfica 15. Cambios en la percepción de salud de las mujeres que participaron en *Meta → Salud* al finalizar la evaluación y el seguimiento actual



Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

La percepción de salud de las mujeres está relacionada con los estados de salud físicos - que incluyen lesiones y malestares físicos como dolor de cabeza, estomacal, fracturas, etc-, y psicosociales -días de tristeza, estrés, aislamiento, ira, etc-, los cuales les impiden realizar sus actividades normales. Las participantes expresaron que tuvieron más días en los que su salud emocional no fue buena (57%), respecto a los días en los que su salud física no fue buena (43%) (ver gráfica 16).

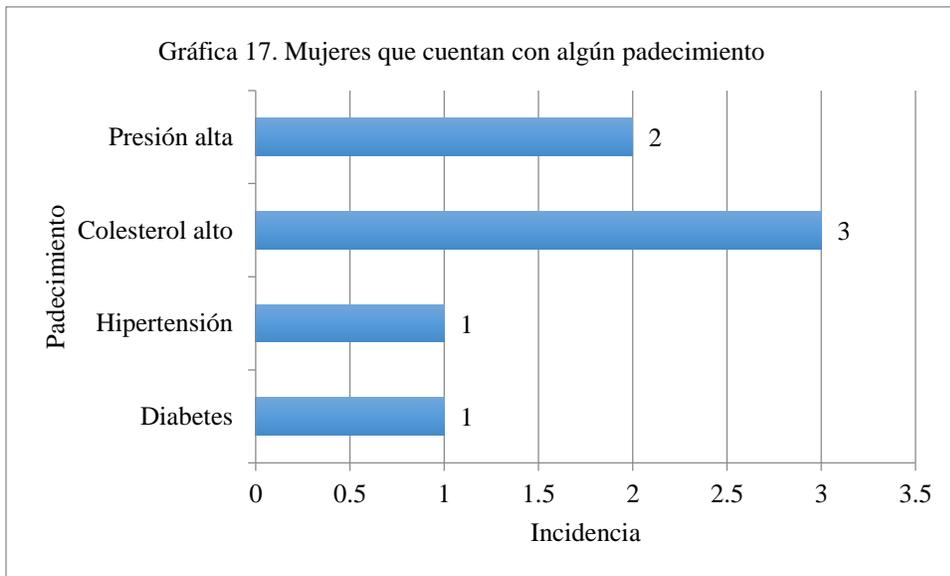
Gráfica 16. Porcentaje de días en los que el estado de salud no fue bueno durante el último mes



Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

Las mujeres que tuvieron días emocional y físicamente malos expresaron que algunos de ellos se debían a su condición y estado de salud actual, ya que un 30% de ellas padece de colesterol alto, un 20% tiene la presión alta, 10% son hipertensas y 10% está diagnosticada con diabetes; estos padecimientos tienen síntomas físicos y emocionales que impiden las actividades cotidianas de las mujeres (ver gráfica 17).

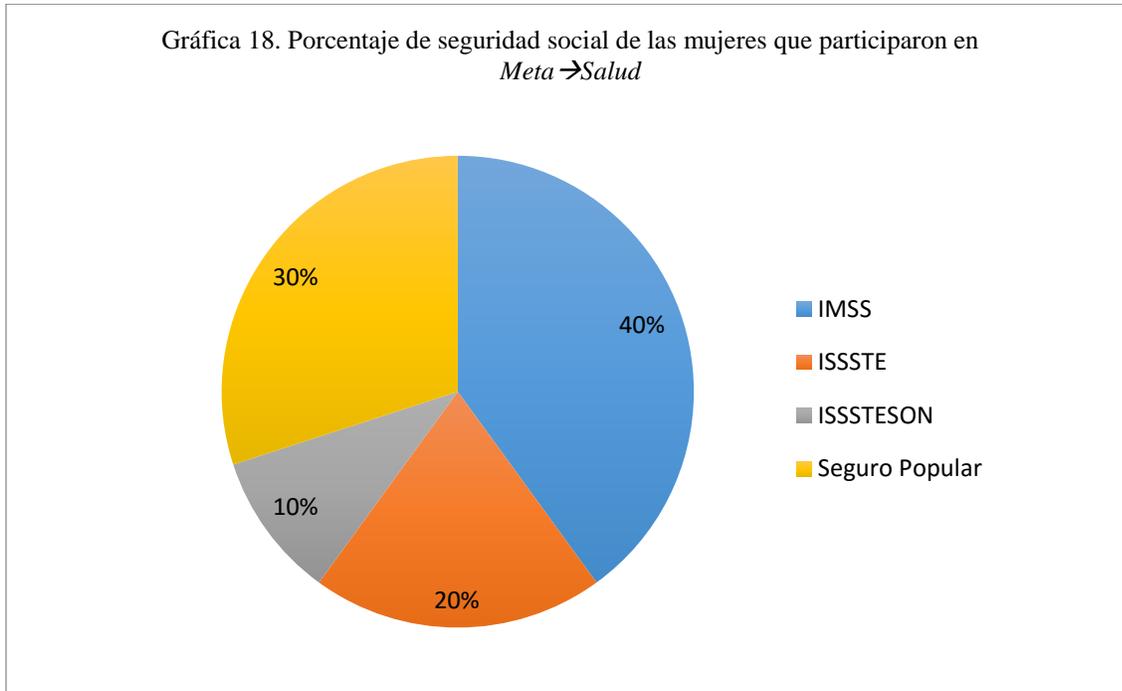
Gráfica 17. Mujeres que cuentan con algún padecimiento



Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

Respecto a su seguridad social y la afiliación a servicios de salud, se encontró que todas las mujeres cuentan con algún servicio médico, ya sea por su trabajo o por ser beneficiaria del empleo de su pareja. La mayoría está afiliada al Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS); seguidas de las mujeres que se encuentran afiliadas a los servicios de protección social de México (Seguro Popular), son ellas las beneficiarias directas de este servicio; dos de las participantes cuentan con los servicios del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y; una se encuentra afiliada al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora (ISSSTESON) (ver gráfica 18).

Gráfica 18. Porcentaje de seguridad social de las mujeres que participaron en *Meta → Salud*



Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

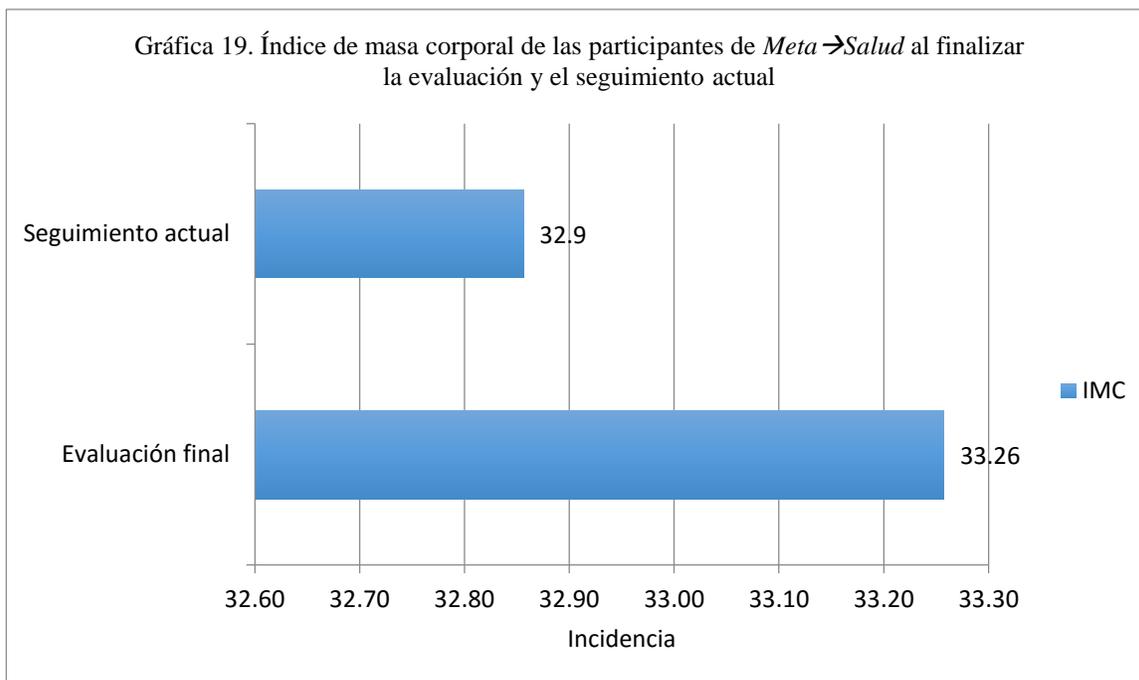
4.3 Cambios en los datos antropométricos

Los datos antropométricos se refieren a las medidas de peso y circunferencia de cintura y cadera. En cuanto al Índice de Masa Corporal (IMC)⁴⁷, la OMS indica que las personas con un valor igual o mayor a 25 en el cálculo del IMC, presentan un cuadro de sobrepeso; las personas que presenten un valor de igual o mayor a 30 padecen obesidad.

En general, las mujeres de *Meta → Salud* mantienen sus medidas antropométricas. El IMC se mantuvo estable, disminuyó sólo en 0.4 puntos porcentuales al finalizar la evaluación al seguimiento actual. En promedio, el grupo de participantes (n 10) tiene un valor de 32.9 situándose dentro de la categoría de obesidad (ver tabla). Más específicamente, el 60% de las participantes se encuentra dentro del grado de obesidad según su IMC y el resto en sobrepeso. Un IMC elevado es uno de los factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles y otras enfermedades. Esto se traduce en que las mujeres de *Meta → Salud* se encuentran expuestas a padecer enfermedades crónicas no transmisibles y otros (ver gráfica 19).

⁴⁷ Para la Organización Mundial de la Salud, el índice de masa corporal es un indicador que mide la relación entre el peso y la talla, se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. Su cálculo es la división entre el peso de una persona en kilos por el cuadrado de la talla en metros.

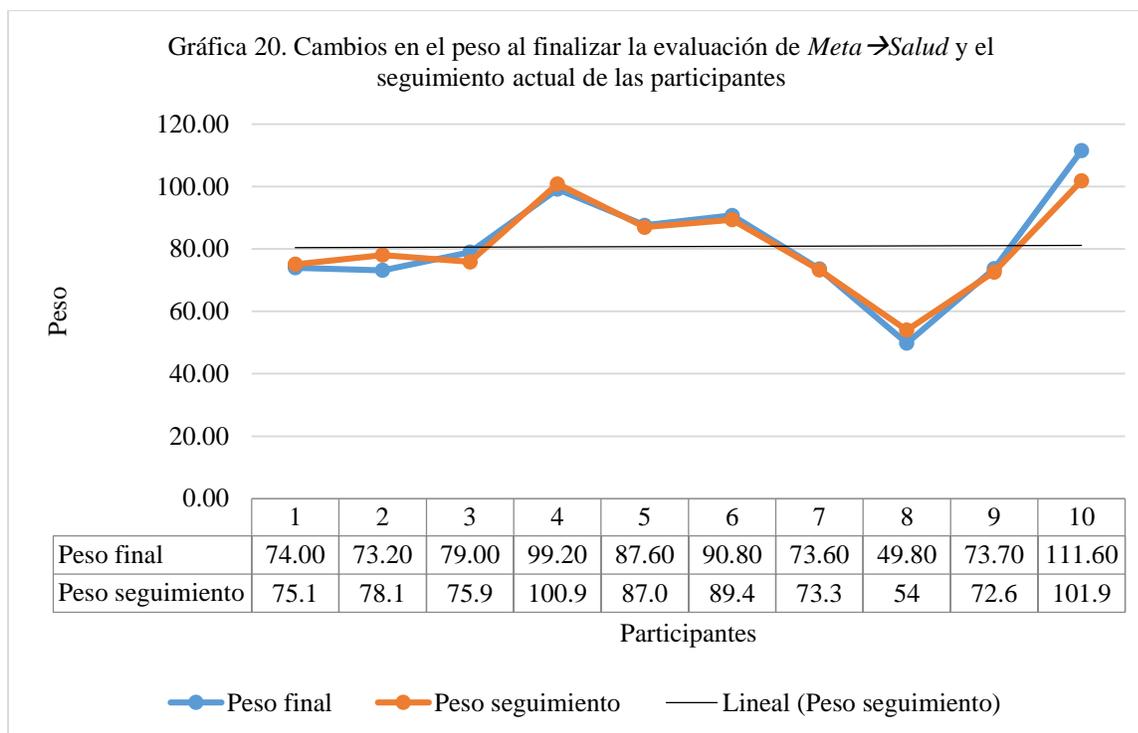
Gráfica 19. Índice de masa corporal de las participantes de *Meta → Salud* al finalizar la evaluación y el seguimiento actual



Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

En cuanto al peso, se encontró una diferencia positiva de 0.9 puntos porcentuales al finalizar la evaluación de *Meta → Salud* y el seguimiento actual. Cuatro de las diez participantes han logrado disminuir su peso y las restantes lo han mantenido estable (ver tabla_). La medida del peso es un aspecto importante en su discurso ya que hay una preocupación por su cuidado, la mayoría mostró un pesar al momento de sentirse medidas o simplemente al ver la báscula (ver gráfica 20).

Gráfica 20. Cambios en el peso al finalizar la evaluación de *Meta → Salud* y el seguimiento actual de las participantes

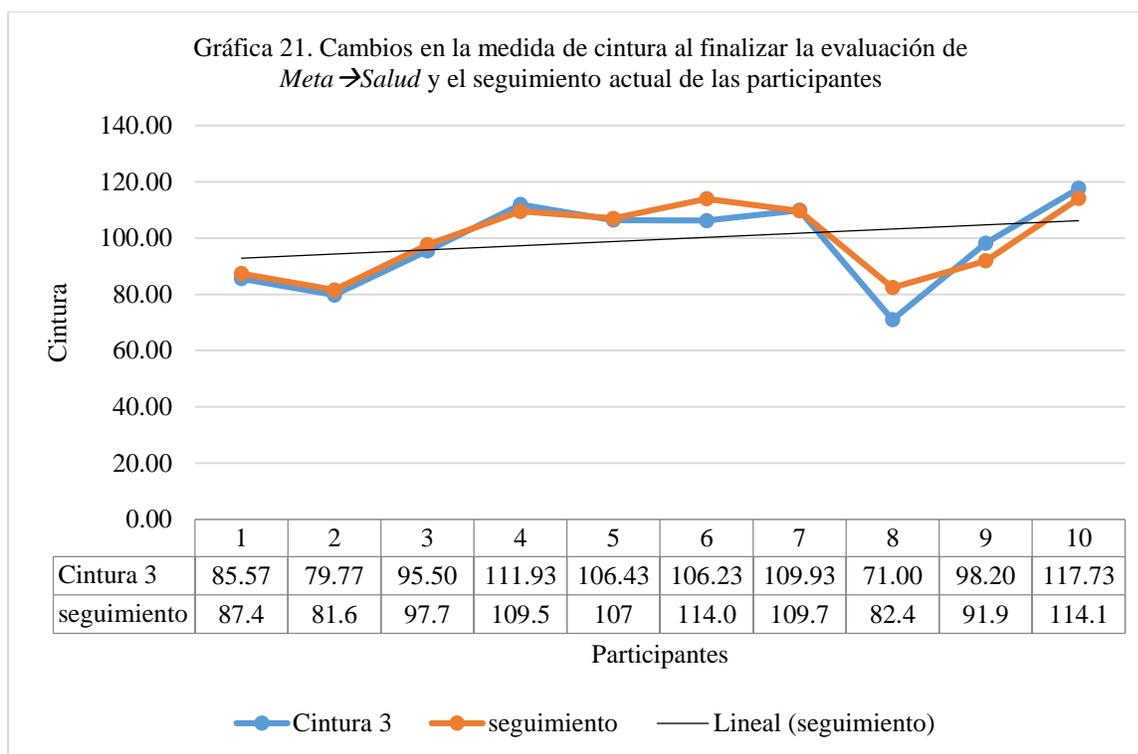


Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

Respecto a la medición de la circunferencia de cintura, se encontró que aumentaron 1.3 puntos porcentuales desde la evaluación de *Meta → Salud* comparadas con las medidas actuales. Tres de las diez mujeres lograron disminuir su circunferencia de cintura y el resto aumentó, según la Organización Mundial de la Salud, la medición de cintura es uno de los mejores indicadores para conocer el riesgo cardiovascular para las mujeres en México tener una medida mayor a 88 cm. es un alto riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV). Así pues, las mujeres de

Meta → *Salud* tienen un alto riesgo de padecer estas enfermedades ya que ninguna muestra medidas menores a 80 cm. (ver gráfica 21).

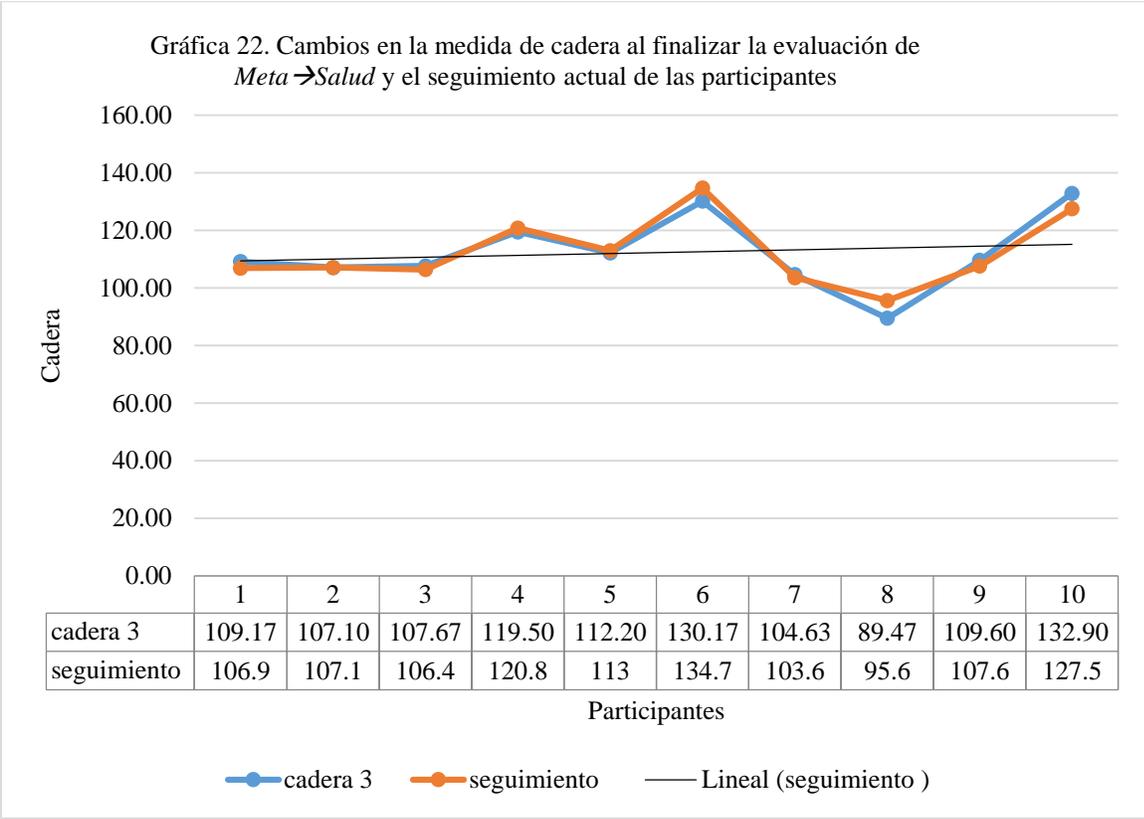
Gráfica 21. Cambios en la medida de cintura al finalizar la evaluación de *Meta* → *Salud* y el seguimiento actual de las participantes



Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

Por su parte, en promedio la medición de la circunferencia de cadera se ha mantenido igual con un cambio positivo de 0.8 puntos porcentuales. La mitad de las participantes logró disminuir su medida en la circunferencia de cadera y el resto se han mantenido estables (ver gráfica 22)

Gráfica 22. Cambios en la medida de cadera al finalizar la evaluación de Meta→Salud y el seguimiento actual de las participantes



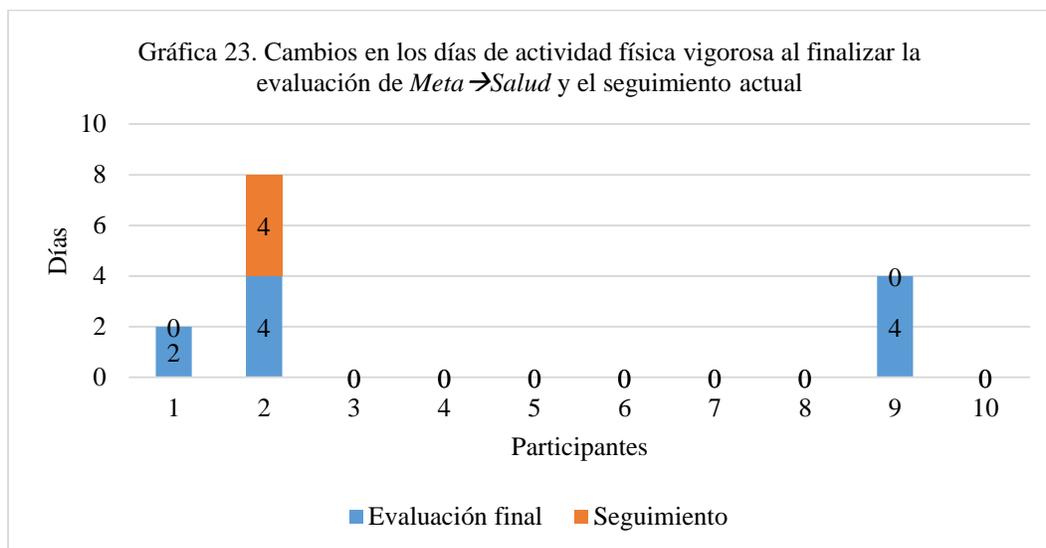
Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

4.4 Cambios en la actividad física

Respecto a la actividad física, se encontró que disminuyeron las actividades físicas vigorosas y moderadas; mientras que aumentaron los días de caminata y el tiempo en el que las mujeres permanecen sentadas durante el día.

Las actividades vigorosas disminuyeron un 60% durante las actividades de la semana, sólo una mujer ha logrado mantener su actividad física vigorosa actualmente y dos de las personas que realizaban esta actividad las han sustituido por días de caminata. Algunos de los motivos por los que las mujeres ya no realizan esta actividad están relacionados con el tiempo disponible para hacer ejercicio vigoroso y el cambio de horario de los grupos a los que asistían. Una de las actividades que realizaban eran el zumba en las colonias; las mujeres mencionan que la asistencia a los grupos de zumba en su colonia se disminuyó debido a las actividades que actualmente realizan, una de ellas entró a la estudiar y no tiene tiempo, pero las sustituyó por actividades físicas moderadas en su casa; otra de ellas menciona que los grupos se hacen en un horario que se le dificulta por el trabajo, por lo que lamenta que ya no haya en otros horarios en los parques cerca de su colonia; la última continúa con estas actividades (ver gráfica 23).

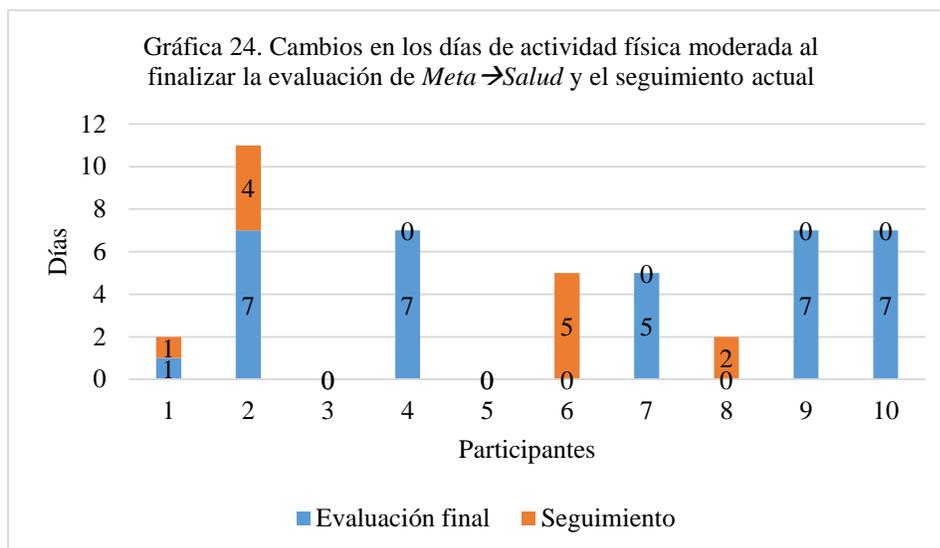
Gráfica 23. Cambios en los días de actividad física vigorosa al finalizar la evaluación de *Meta* → *Salud* y el seguimiento actual



Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

Las actividades físicas moderadas disminuyeron 2.2 puntos porcentuales, las mujeres de *Meta* → *Salud* pasaron de hacer un promedio de 3.4 días de esta actividad durante la semana a realizar 1.2. Una mujer se mantuvo haciendo esta actividad un día a la semana, cuatro de ellas las disminuyeron, dos de ellas no hacían actividad al finalizar la evaluación de *Meta* → *Salud*, pero actualmente sí las realizan, el resto no hace actividades físicas moderadas (ver gráfica 24).

Gráfica 24. Cambios en los días de actividad física moderada al finalizar la evaluación de *Meta* → *Salud* y el seguimiento actual



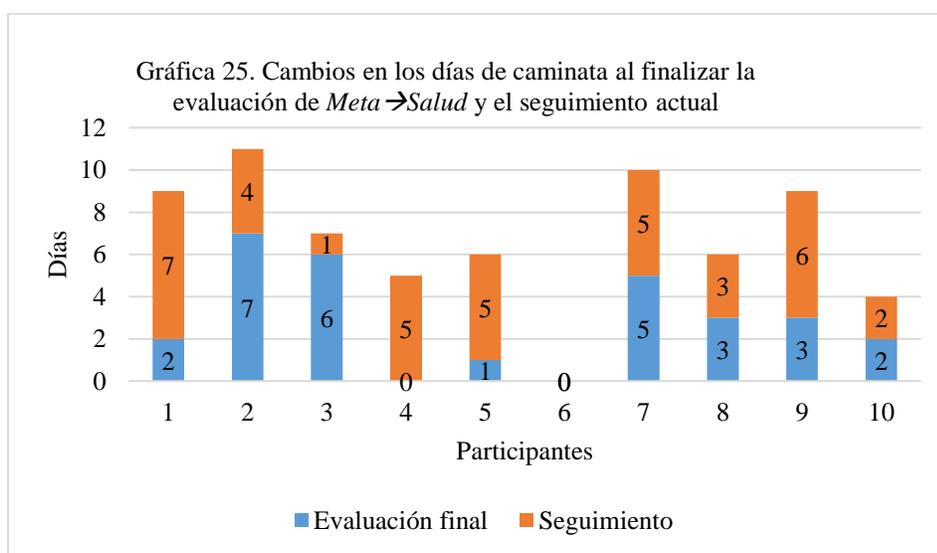
Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

Algunos de los motivos por los que se dejó de hacer estas actividades fueron la falta de tiempo, de grupos y a padecimientos físicos que impidieron seguir realizándolos de manera regular, aunque tienen la inquietud de iniciar de nuevo, la mayoría sustituyó sus actividades moderadas por más días de caminata.

Respecto a la caminata, las mujeres aumentaron los días que realizan esta actividad durante la semana, pasando de 2.9 a 3.8 días. Algunas de las mujeres mencionaron que eligen esta actividad diariamente dentro de sus rutinas, prefieren caminar para ir a dejar o recoger a sus hijos a la escuela o ir al trabajo que tomar un autobús o ir en carro, esta decisión la han tomado como una estrategia

de cuidado de su salud tanto físico como emocional. Sólo una persona comentó no hacer actividades de caminata y dos de ellas disminuyeron los días que le dedicaban a caminar durante la semana (ver gráfica 25).

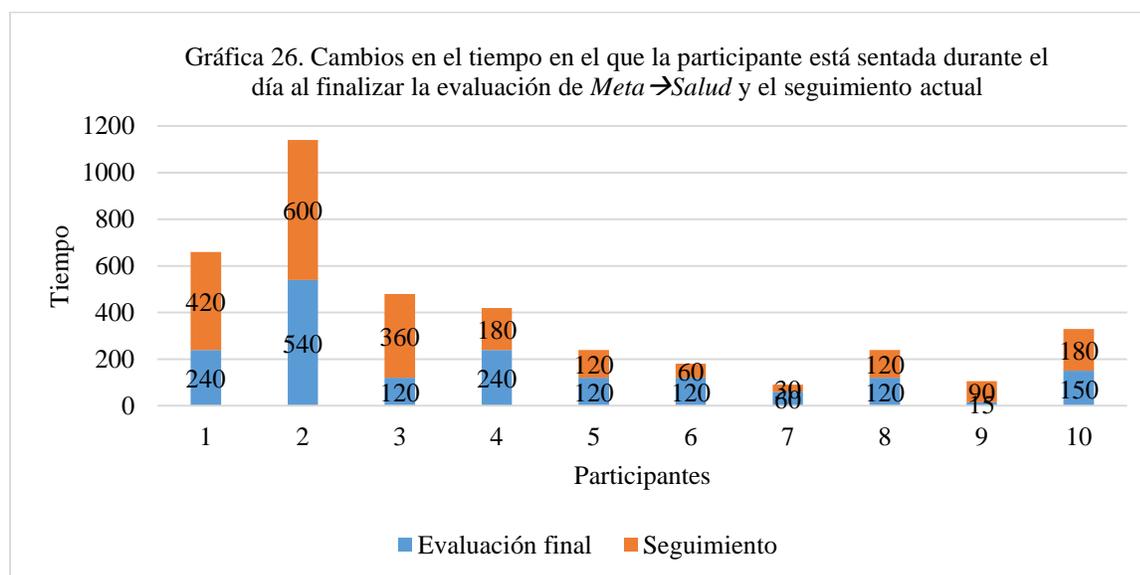
Gráfica 25. Cambios en los días de caminata al finalizar la evaluación de *Meta* → *Salud* y el seguimiento actual



Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

Por último, el tiempo en el que permanecen sentadas durante el día aumentó, pasando de un promedio de 172.6 a 216 minutos. Las actividades que se realizan cuando permanecen sentadas son de distracción, entretenimiento, satisfacción personal o descanso de sus actividades diarias como por ejemplo, ver televisión, bordar o coser a máquina, sólo una de ellas mencionó permanecer sentada demasiado tiempo durante las clases que toma en su escuela o realizando labores referente a sus estudios (ver gráfica 26).

Gráfica 26. Cambios en el tiempo en el que la participante está sentada durante el día al finalizar la evaluación de *Meta* → *Salud* y el seguimiento actual

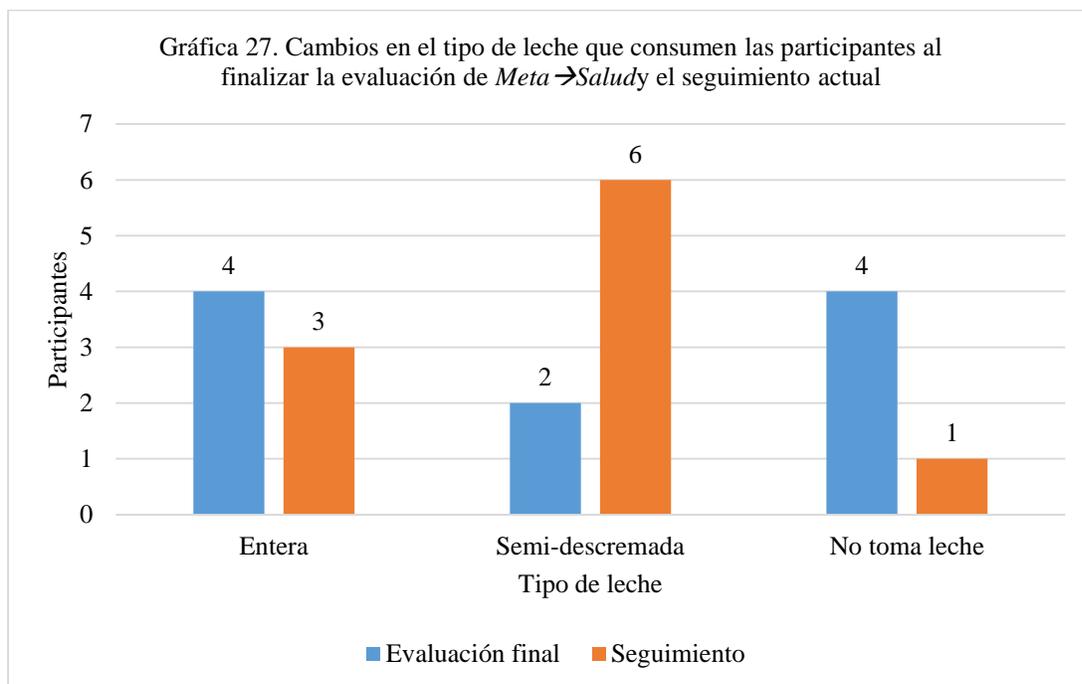


Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

4.5 Cambios en la alimentación

La alimentación es otra variable importante en esta investigación. Las diez mujeres hicieron un cambio positivo respecto al tipo de leche que consumen; contrario a que, al finalizar la evaluación de *Meta* → *Salud*, la leche entera era la primera opción para la mayoría. En el seguimiento actual, se encontró que es la leche semi-descremada la que utilizan con mayor frecuencia (ver gráfica 27). Algunas mujeres mencionan que fue difícil el cambio debido a que no le encontraban sabor a la leche semi-descremada, pero lo hicieron por el beneficio que sabían que tendría en la salud de su familia, ahora, mencionan que no tienen ninguna dificultad en consumir este tipo de leche.

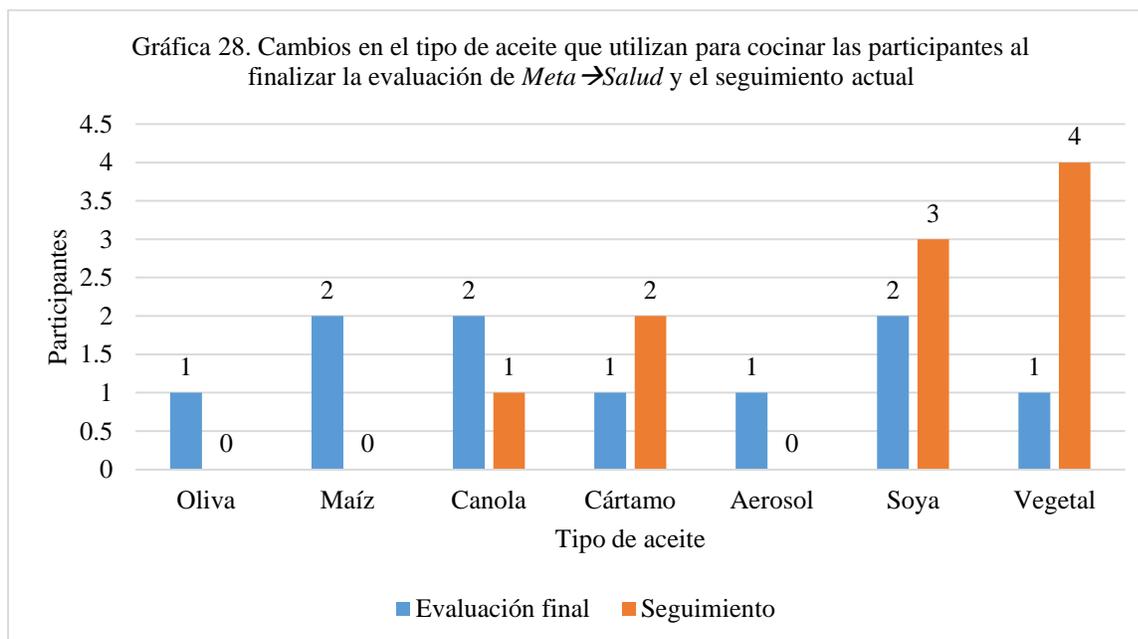
Gráfica 27. Cambios en el tipo de leche que consumen las participantes al finalizar la evaluación de *Meta* → *Salud* y el seguimiento actual



Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

El tipo de aceite que se elegía al finalizar la evaluación de *Meta* → *Salud* era de maíz, canola y soya; en el seguimiento actual, es el aceite vegetal el que eligen como primera opción la mayoría de las participantes (ver gráfica 28). El aceite fue una de las variables que más énfasis tuvo durante el cuestionario y la entrevista, todas mencionaron haber disminuido su consumo. También mencionan el precio como un factor determinante para elegir el tipo de aceite, siendo su primera opción el más barato; no obstante, ellas saben que no es el más saludable, por lo que compensan con la mínima cantidad que usan para la preparación de sus alimentos.

Gráfica 28. Cambios en el tipo de aceite que utilizan para cocinar las participantes al finalizar la evaluación de *Meta* → *Salud* y el seguimiento actual

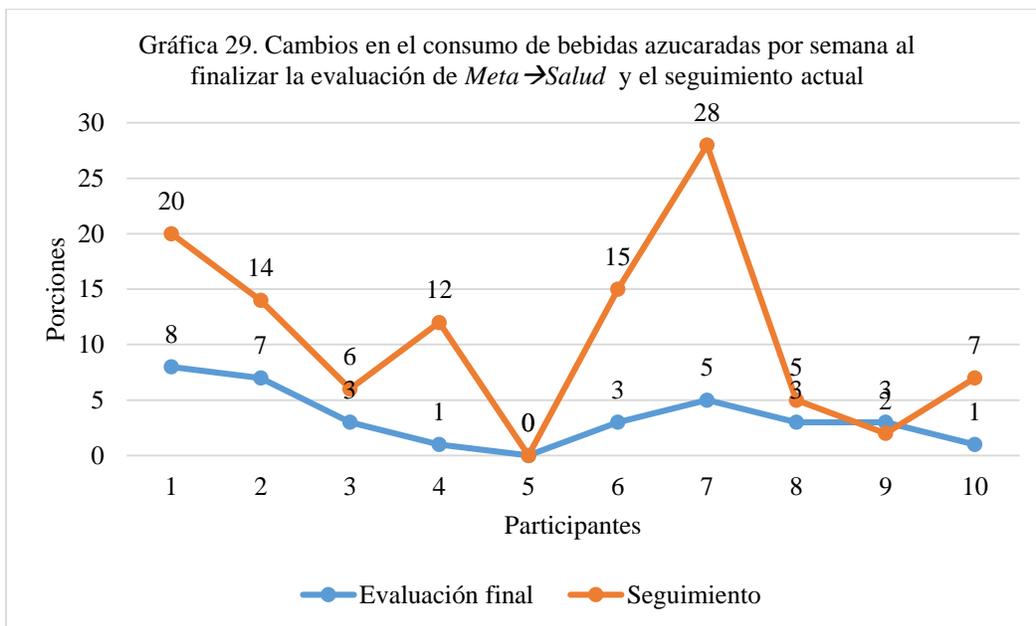


Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

En la tabla anterior se puede apreciar que una participante dejó de utilizar el aceite de oliva; dos, el aceite de maíz. Una mujer todavía utiliza el aceite de canola, dos ahora usan el aceite de cártamo, actualmente ninguna usa el aceite en aerosol, tres de ellas ahora usan el aceite de soya y cuatro contestaron usar aceite vegetal.

Respecto a las bebidas azucaradas, las mujeres de *Meta → Salud* aumentaron las porciones⁴⁸ consumidas durante la semana, pasando de un promedio de 3.4, a 10.9 porciones por semana. Una de las participantes disminuyó su consumo de tres porciones por semana al finalizar la evaluación de *Meta → Salud*, a dos porciones por semana en el seguimiento actual, sólo una mujer se mantuvo en no tomar ninguna bebida azucarada (ver gráfica 29). El tipo de bebida que utilizan con más frecuencia son la Jamaica endulzada y las bebidas en sobre como té o de sabores.

Gráfica 29. Cambios en el consumo de bebidas azucaradas por semana al finalizar la evaluación de *Meta → Salud* y el seguimiento actual

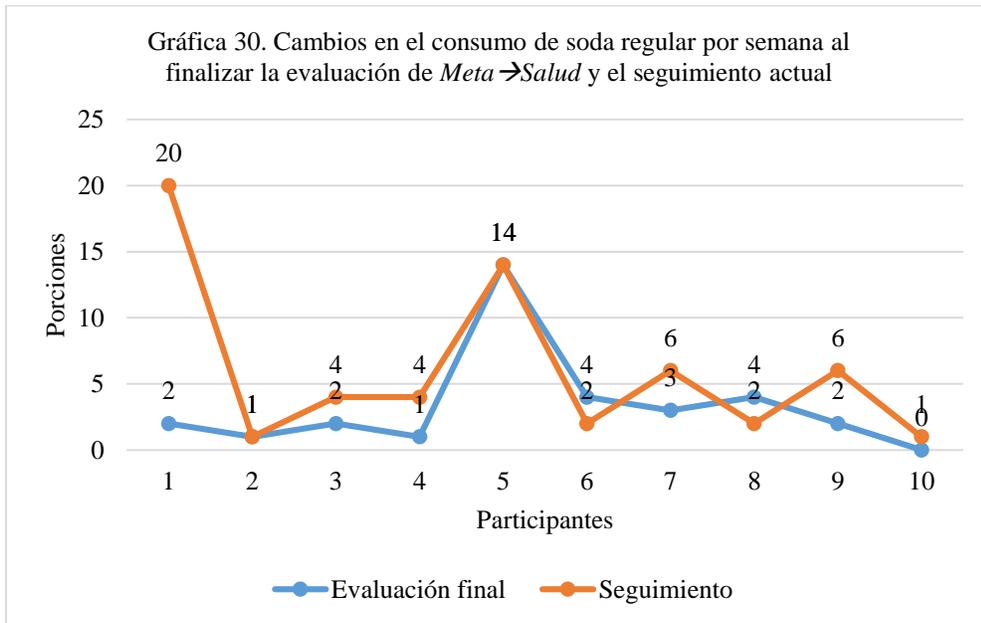


Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

⁴⁸ 1 porción equivale a una taza o 240 ml.

También, de manera general, aumentaron el consumo de soda regular de 3.3 a 6 porciones por semana, dos de las diez participantes mantuvieron su consumo, una de ellas logró disminuirlo y el resto lo aumentaron (ver gráfica 30). Las participantes mencionan tener conciencia del daño a la salud que ocasiona el consumo de soda regular y que en ocasiones se sustituye por alguna otra bebida azucarada; su consumo se hace regularmente en días especiales en fiestas, reuniones o los fines de semana, ya sea en casa o en algún restaurante.

Gráfica 30. Cambios en el consumo de soda regular por semana al finalizar la evaluación de *Meta* → *Salud* y el seguimiento actual



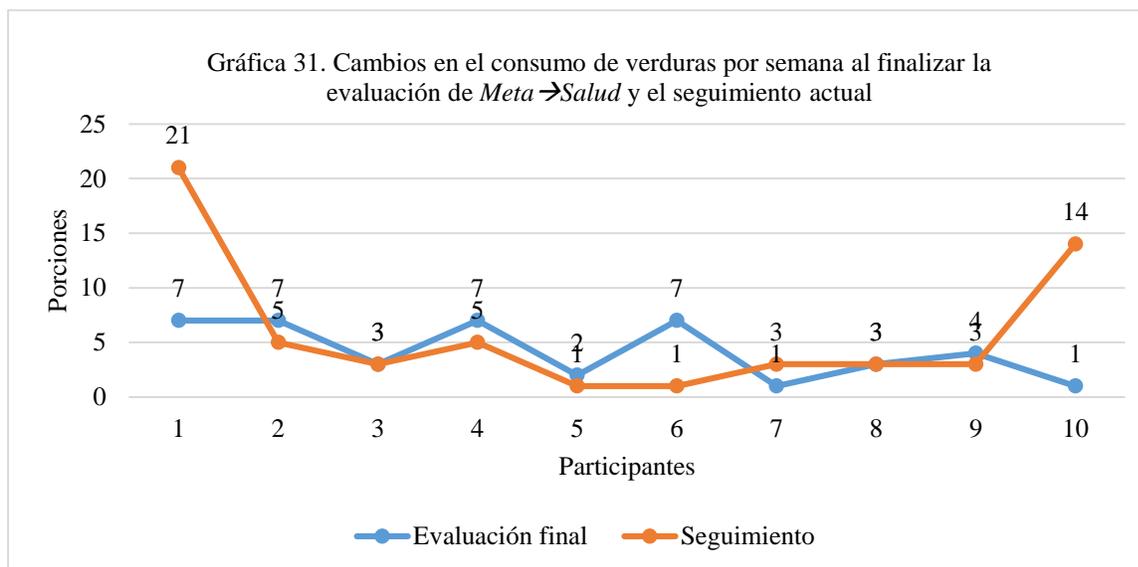
Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

La gráfica anterior muestra que la primera participante pasó de 2 porciones semanales de soda regular a 20 porciones a la semana, la participante número 2 se mantuvo en 1 porción por semana, la participante número 3 pasó de consumir 2 porciones a 4 porciones, la participante número 4 pasó de consumir 1 porción a 4 porciones, la participante número 5 se mantuvo en 14 porciones semanales, la número 6 disminuyó de 4 a 2 porciones a la semana, la séptima pasó de 3 a 6 porciones, la octava pasó de 4 a 2 porciones, la novena de 2 a 6 porciones y la décima pasó de no consumir soda a consumir una porción a la semana.

Respecto al consumo de verduras, las mujeres aumentaron su consumo de manera positiva, sus porciones por semana aumentaron de 4.2 a 5.9. Dos de las diez mujeres que participaron en *Meta → Salud* lograron mantener su consumo de porciones de verduras durante la semana, cinco de ellas disminuyeron las porciones y tres de las diez las aumentaron considerablemente.

El consumo de verduras en los hogares resultó ser una variable importante en la dinámica familiar, algunas mujeres mencionan que a los integrantes de su familia, como hijos o pareja, no les gustan las verduras. Ellas, como cuidadoras de la salud familiar y responsables de la comida, debido a la construcción social de género, se encargan de mencionar los beneficios que el consumo de verduras tiene para la salud de todas y todos. En ocasiones utilizan estrategias para que sus hijos las consuman, tales como licuarlas y agregarlas a los caldos o sopas sin que sus hijos las noten, o hacer comidas atractivas para ellos, una de ellas menciona que a ella no le gustan las verduras, sin embargo, las consume desde que finalizó el programa gracias a la información que ahí se le proporcionó (ver gráfica 31).

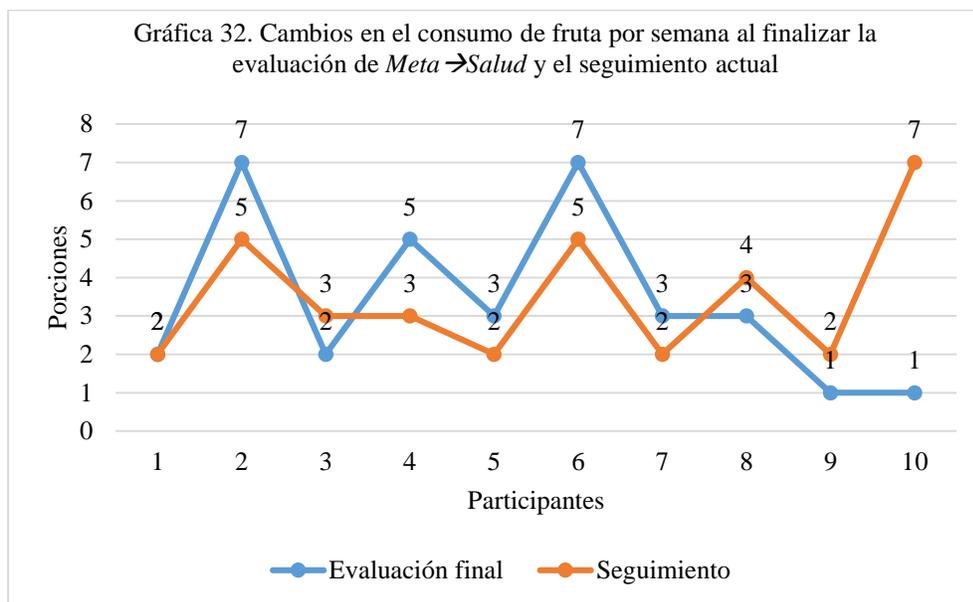
Gráfica 31. Cambios en el consumo de verduras por semana al finalizar la evaluación de Meta → Salud y el seguimiento actual



Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

Por último, su consumo de frutas frescas se mantuvo estable, de 3.4 a 3.5 porciones por semana. Cinco de las diez participantes disminuyeron su consumo, cuatro de ellas lo aumentaron y una se mantuvo estable (ver gráfica 32).

Gráfica 32. Cambios en el consumo de fruta por semana al finalizar la evaluación de *Meta* → *Salud* y el seguimiento actual



Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas

De manera general, estos datos muestran que las mujeres de *Meta* → *Salud* han mantenido algunas prácticas saludables recomendadas por el programa, como mejorar su consumo de fruta y verdura, las porciones de aceite en la preparación de los alimentos y el tipo de leche que se consume, así como incorporar en su vida cotidiana actividades físicas leves como la caminata o ejercicios en casa. Estas prácticas se ven reflejadas en sus medidas antropométricas, ya que los cambios no son significativos respecto a sus medidas al finalizar la intervención de *Meta* → *Salud*, lo cual no significa que estas diez mujeres sean casos ideales, por el contrario, se encuentran en riesgo de padecer ECNT. Hay factores sociales y contextuales que atraviesan la vida de estas mujeres y se presentan como obstáculos o como facilitadores en el proceso de cambio.

Las actividades laborales, las dinámicas familiares y los cambios en los estados de salud son algunos de los factores que influyen en las mujeres para el mantenimiento de su salud. Cada una de ellas tiene una situación particular que les hace presentar resultados favorables o desfavorables respecto al cuidado de la salud.

En los casos que se analizaron en este estudio, hubo mujeres que pasaron del grupo de favorables a no favorables y viceversa. Hay situaciones que se presentan en la vida de las mujeres que las hace moverse de un grupo a otro. En algunos casos se observó que los cambios en su estado de salud las hace tener una mayor conciencia y cuidado de su alimentación y actividad física, con el fin de lograr mayor bienestar y calidad de vida. Algunas otras situaciones, como cambiar de una actividad laboral a otra, implican una diferencia en sus patrones de alimentación y actividad física, lo que en ocasiones desfavorece su salud física y emocional.

Es de suma importancia considerar todos los obstáculos y facilitadores que intervienen en la vida de una persona para que el cambio en las actividades o en las dinámicas ya sea laborales, familiares o sociales no trastoque las prácticas de alimentación y actividad física de las personas; así como también más atención a la promoción de la salud para que la conciencia de su estado de salud se alcance antes de suscitarse una enfermedad prevenible.

En el siguiente capítulo se verán los factores socioculturales que influyen en las prácticas de cuidado y auto-cuidado de la salud de estas mujeres.

Capítulo 5. Prácticas de cuidado y auto-cuidado de la salud de las mujeres: los resultados cualitativos

Algunos de los elementos que conforman el cuidado y auto-cuidado de la salud están transversalizados por la categoría de género. Para entender las prácticas que las mujeres de *Meta* → *Salud* tienen sobre la salud, relacionadas con el género, en este capítulo se describen las experiencias y aportaciones sobre las prácticas de cuidado y autocuidado de la salud que las mujeres seleccionadas, hicieron para este trabajo de investigación.

Se logró recopilar esta información a través de la entrevista semi-estructurada para mostrar, no sólo el discurso, sino que también, lograr un vínculo con los conceptos utilizados para el análisis.

Todas las entrevistas fueron a mujeres que cumplieron con los dos criterios de inclusión (casos favorables y casos no favorables al final de la evaluación de *Meta* → *Salud*), y que, de manera voluntaria, accedieron a participar en el estudio. Las entrevistas se realizaron en casa de las participantes, sólo una de ellas se realizó en el Centro de Salud de su colonia, en un consultorio que amablemente nos prestó la trabajadora social, esta decisión se tomó debido a las condiciones de vivienda de la participante, quien no tenía un espacio para estar a solas y que podría resultar

una barrera para la información. El horario de entrevista era variado, entre las 9:00 y 11:00am para algunas; y las 3:00 y 5:00pm, para otras, sólo una participante se realizó en horario de la 1:00pm. Todas las entrevistas se realizaron según la disponibilidad en días y horarios que ellas proponían, para que no afectara sus labores cotidianas. Al inicio se hicieron dos visitas con tres de las participantes, en la primera, se explicó y firmó el consentimiento informado, se realizó la medición antropométrica y el cuestionario sobre estilos de vida; en la segunda, se realizó la entrevista semi-estructurada para no agobiar con las preguntas y no arriesgarnos a que la información no fluyera para la entrevista. El resto de las participantes se hizo todo en una única visita, al finalizar el cuestionario se les preguntó si deseaban que volviera o si se sentían cansadas, ellas eligieron continuar en una sola visita. La duración de la entrevista más grande, fue de 1 hora con 26 minutos; mientras que la más corta, fue de 24 minutos, dando una media general de 53 minutos.

5.1 Características de las mujeres

Algunas características de las mujeres se describen en la siguiente Tabla:

Tabla 11. Descripción general de las diez mujeres de *Meta* → *Salud*

Cristina	Berenice
Edad: 32 años	Edad: 34 años
Estado civil: Separada	Estado civil: Unión libre
Maternidad: 3 hijos, 1 hija	Maternidad: 1 hijo, 1 hija

<p>Ocupación: Estudiante</p> <p>Escolaridad: Universidad</p> <p>Percepción de salud: Muy buena</p> <p>Apoyo personal: Hijos</p> <p>Caso: Favorable</p> <p>Arreglos familiares: vive sola con sus 4 hijos, está estudiando la licenciatura en enfermería, terminó la secundaria y prepa abierta después del programa de <i>Meta</i> → <i>Salud</i>.</p> <p>Cambios que se han mantenido: <i>Meta</i> → <i>Salud</i> la motivó a seguir estudiando, quería ser promotora comunitaria.</p> <p>Retos: sus actividades diarias como madre-estudiante impiden mantener una constancia en la actividad física.</p>	<p>Ocupación: Supervisora Regional</p> <p>Escolaridad: Universidad</p> <p>Percepción de salud: Muy buena</p> <p>Apoyo personal: Esposo</p> <p>Caso: Favorable</p> <p>Arreglos familiares: vive con su pareja y sus dos hijos, los dos trabajan, las labores se reparten entre todos los integrantes de la familia.</p> <p>Cambios que se han mantenido: cambió pan y el tipo de leche. Ya tenía inquietud por la salud, involucra a sus hijos en las actividades físicas, todos van al parque.</p> <p>Retos: falta de espacios seguros para hacer actividades físicas.</p>
Mileva	Pati
<p>Edad: 44 años</p> <p>Estado civil: Unión libre</p> <p>Maternidad: 2 hijos</p> <p>Ocupación: Auxiliar de oficina</p> <p>Escolaridad: Secundaria</p> <p>Percepción de salud: Buena</p> <p>Apoyo personal: Hermana</p> <p>Caso: Favorable</p> <p>Arreglos familiares: vive sola con sus dos hijos, su pareja trabaja fuera y quisiera seguir estudiando porque en su trabajo es la única que no tiene estudios.</p> <p>Cambios que se han mantenido: ha reducido la cantidad de consumé en sus comidas, trata de educar a sus hijos en el cuidado de la salud, la buena alimentación y la importancia de la actividad física desde temprana edad.</p> <p>Retos: menciona que le hacen falta recursos económicos para cuidar su alimentación y falta de espacios seguros para hacer actividad física.</p>	<p>Edad: 36 años</p> <p>Estado civil: Casada</p> <p>Maternidad: 2 hijos</p> <p>Ocupación: Venta de calzado por catálogo</p> <p>Escolaridad: Universidad</p> <p>Percepción de salud: Regular</p> <p>Apoyo personal: 1 hijo, 1 hija</p> <p>Caso: Favorable</p> <p>Arreglos familiares: tiene dos hijos, una niña y un adolescente. Estudió ingeniería industrial y actualmente trabaja por su cuenta en la venta de calzado.</p> <p>Cambios que se han mantenido: redujo la cantidad de consumé que le echaba a los alimentos, padece de hipertensión y lleva a su hija a la escuela caminando diariamente.</p> <p>Retos: asistía a zumba cuando había en su colonia, le gustan los ambientes grupales y si hubiera otra vez asistiría de nuevo.</p>
María	Ofelia
Edad: 29 años	Edad: 49 años

<p>Estado civil: Unión libre</p> <p>Maternidad: 2 hijos</p> <p>Ocupación: Labores del hogar</p> <p>Escolaridad: Primaria</p> <p>Percepción de salud: Buena</p> <p>Apoyo personal: Esposo</p> <p>Caso: Favorable</p> <p>Arreglos familiares: vive con su pareja y sus dos hijos, su mamá vigila su alimentación y su peso constantemente.</p> <p>Cambios que se han mantenido: todos los días lleva a su hija caminando a la escuela. Ha reducido la cantidad de aceite en la comida y su consumo de soda.</p> <p>Retos: falta de espacios en la colonia para hacer actividad física</p>	<p>Estado civil: Casada</p> <p>Maternidad: 2 hijos, 1 hija</p> <p>Ocupación: Empleada doméstica</p> <p>Escolaridad: Secundaria</p> <p>Percepción de salud: Regular</p> <p>Apoyo personal: Hija</p> <p>Caso: No favorable</p> <p>Arreglos familiares: vive con su hija, su hijo y su esposo, su hija asiste a la universidad y su hijo de 24 años está por casarse, aunque a ella no le parece esa decisión, él estudió Cultura física y del deporte, él la motiva a cambiar sus hábitos alimenticios.</p> <p>Cambios que se han mantenido: su hijo es un motivador para el cambio, constantemente la incita a comer más verdura y fruta, además de hacer comidas más saludables sin grasa.</p> <p>Retos: las dinámicas familiares impiden mantener cambios en su alimentación, a su hija no le gusta la comida saludable y su condición de género como madre la obliga a consentir los deseos de su hija a la hora de alimentarse.</p>
Vanesa	Lucía
<p>Edad: 63 años</p> <p>Estado civil: Unión libre</p> <p>Maternidad: 2 hijas, 2 hijos</p> <p>Ocupación: Venta de ropa seminueva</p> <p>Escolaridad: No estudió</p> <p>Percepción de salud: Regular</p> <p>Apoyo personal: Hijas</p> <p>Caso: No favorable</p> <p>Arreglos familiares: vive con su pareja, su hijo, su nuera, su nieto y una nieta que le quitaron a otro hijo y se la dieron a ella, su mayor preocupación es la salud mental de su nieta. Trabaja vendiendo ropa de segunda mano en el tianguis, es la única que trabaja en el hogar</p> <p>Cambios que se han mantenido: cuando deja a su nieta en la escuela camina hasta el centro, además, los fines</p>	<p>Edad: 53 años</p> <p>Estado civil: Casada</p> <p>Maternidad: 1 hijo, 1 hija</p> <p>Ocupación: Labores del hogar</p> <p>Escolaridad: Secundaria</p> <p>Percepción de salud: Buena</p> <p>Apoyo personal: Hermana</p> <p>Caso: No favorable</p> <p>Arreglos familiares: tiene dos hijos, una hija y un hijo, ambos en la preparatoria. Su esposo trabaja todo el día, ella se encarga de todas las labores domésticas, es diagnosticada con colesterol alto en la sangre desde que estuvimos en el programa.</p> <p>Cambios que se han mantenido: cambió el tipo de aceite e incluyó más verduras y frutas a su alimentación, utiliza estrategias para que sus hijos</p>

<p>de semana hace caminatas largas con una amiga sólo para platicar y despejar la mente.</p> <p>Retos: la economía y las dinámicas familiares. Su nieta tiene problemas de comportamiento y es su mayor preocupación entre la cuestión jurídica y las terapias psicológicas.</p>	<p>coman verduras ya que no les gustan, como comprarles tostitos y picar mucha verdura.</p> <p>Retos: el mayor reto que enfrenta es el poco apoyo familiar que recibe para cuidar su salud, cuando ella quiere ir a caminar su esposo en ocasiones la deja haciendo las labores domésticas y él se va solo.</p>
Abril	Celia
<p>Edad: 35 años</p> <p>Estado civil: Unión libre</p> <p>Maternidad: 2 hijos</p> <p>Ocupación: Empleada</p> <p>Escolaridad: Secundaria</p> <p>Percepción de salud: Regular</p> <p>Apoyo personal: Amigas</p> <p>Caso: No favorable</p> <p>Arreglos familiares: es empleada de una empresa privada, trabaja de noche. Tiene dos hijos pequeños, quienes son su mayor motivación.</p> <p>Cambios que se han mantenido: se va caminando a su trabajo para estar físicamente activa, en su trabajo no descansa y toda la noche camina, duerme de día. Siempre ha pertenecido a grupos comunitarios, le gustaba ir a zumba pero ya no se ofrecen en el horario que puede asistir.</p> <p>Retos: uno de los mayores retos que enfrenta es la repartición de las labores domésticas con su pareja, además de cuestiones económicas</p>	<p>Edad: 52 años</p> <p>Estado civil: Casada</p> <p>Maternidad: 1 hija, 2 hijos</p> <p>Ocupación: Elaboración y venta de piñatas</p> <p>Escolaridad: Preparatoria</p> <p>Percepción de salud: Buena</p> <p>Apoyo personal: No recibe</p> <p>Caso: No favorable</p> <p>Arreglos familiares: vive con su hija y su esposo, fue diagnosticada con diabetes y tiene niveles muy altos de glucosa (más de 300), se auto-atende por medio de hierbas y licuados de verduras. En el Isssteson tienen más de tres meses sin suministrarle el medicamento que necesita, además de que se resiste a asimilar su condición.</p> <p>Cambios que se han mantenido: come más verdura y fruta todos los días junto a su esposo quien la apoya en este sentido, revisa el etiquetado en los alimentos que consume y busca los de menor grasa y azúcar.</p> <p>Retos: la dinámica familiar y su condición de género le impiden hacer ejercicio, su esposo la juzga cuando quiere ir a caminar, pero ella busca una acompañante. La seguridad en su colonia es un gran impedimento para hacer actividad física constante y tener una acompañante como motivadora.</p>

5.2 La descripción de las mujeres

En este apartado se esboza la descripción de las mujeres, sus arreglos familiares, su percepción de salud general, física y emocional, los cambios que ha logrado mantener y los retos por cumplir de cada una de ellas con base en las notas de campo y la entrevista que tuvimos.

Cristina. Tiene 32 años de edad, es originaria de Hermosillo, durante la adolescencia se embarazó, por lo que tuvo que abandonar la secundaria, durante este tiempo se dedicó exclusivamente al cuidado y atención de sus hijos/as. Actualmente tiene cuatro hijos, dos mujeres y dos hombres, los hombres son los mayores y el más grande está en la preparatoria. Está separada de su pareja. El mayor impacto que tuvo el programa en ella, fue el deseo y el impulso por terminar sus estudios de secundaria y preparatoria abiertas, enfocándose en temas de salud. Estudia la carrera de enfermería, el motivo por el cual escogió el programa, fue el deseo de ayudar a los otros, se quería formar como promotora y ayudar en las comunidades, en otras colonias. Estar estudiando le brinda una de las mayores satisfacciones personales, está haciendo sus prácticas en uno de los hospitales de los trabajadores del estado de Sonora y le prometieron involucrarla en el departamento de promoción como encargada de la prevención de la diabetes. Se nota entusiasta y constantemente muestra su alegría por estudiar lo que le apasiona. Considera que su salud física y emocional es muy buena, aunque en ocasiones le gana el estrés por la carga de trabajo en la escuela y su doble jornada como responsable de sus hijos.

El mayor reto que enfrenta en estos momentos para cuidar su salud, son las largas horas en la escuela, estar sentada la mayor parte del tiempo, las tareas y el estrés, además de los problemas de sus hijos adolescentes, le preocupa dejarlos solos y que tomen caminos nocivos para ellos. Me di cuenta de que Cristina no es empática entre sus vecinos/as, comentó que no tenía relación con ninguno/a de ellos, pues les resultaban conflictivos/os, es por ello que no pertenece a ningún grupo en su colonia, dio a entender que tiene una mala relación debido a su situación como mujer separada (nunca lo dice directamente, no lo sabemos del todo). Cristina es una de las mujeres con mayor disposición para el cambio, por su carrera en enfermería y su interés por los temas de salud pública. Su discurso es bastante claro respecto al cuidado y auto-cuidado de la salud ya que conoce sobre alimentación saludable, los beneficios que aporta la actividad física y las enfermedades como la diabetes, hipertensión y colesterol, sin embargo, su condición de madre-estudiante no le permite tener tiempo para ella, para su cuidado.

Berenice. Tiene 34 años, nació en Obregón pero se mudó a Hermosillo, junto a su familia desde pequeña. Vive en unión libre con su pareja, tiene dos hijos: una mujer y un hombre, su hija está en la preparatoria y su hijo tiene 8 años. Su mamá vive enseguida de su casa y también asistió al programa de *Meta* → *Salud*. Berenice trabaja como supervisora regional en una institución pública, su trabajo le genera mucho estrés, sobre todo cuando tiene que entregar informes, también le exige salir fuera de la ciudad constantemente, por lo que su mamá le ayuda en el cuidado de sus hijos al darles comida y atenderlos mientras llega su pareja del trabajo. Intenta cuidar de su alimentación y de mantenerse activa físicamente dentro de sus posibilidades laborales, para comer pide

ensaladas, o se lleva comida al trabajo. En ocasiones llega cansada y no puede salir a hacer alguna actividad física, pero eso no le impide poner videos en su televisión y hacer ejercicio en casa, en su trabajo también tienen un grupo de zumba y hacen ejercicio todos los días; hace un poco más de dos meses estaba incorporada en un equipo de básquet en el trabajo, pero se fracturó la rodilla, lo cual le impidió seguir hasta después de su operación y recuperación; en ocasiones va en familia al parque, mientras sus hijos juegan, ella corre y trota alrededor del parque, menciona que hay problemas de seguridad en su colonia por lo que prefiere esperar a su pareja para ir a correr o a caminar, esto es una ventaja para ella, porque cuando van juntos recorren distancias más largas y se siente más segura. Las labores domésticas que Berenice realiza incluyen la comida, el lavado del baño y la ropa, su pareja en ocasiones hace el desayuno, barre y trapea, su hija mayor también sabe hacer comida -de hecho, cuando fui a hacer la entrevista su hija estaba haciendo pizza para cenar-. Pero esta división de labores domésticos no siempre fue de esta manera, mencionó que hace poco más de un año se separó de su pareja (desconozco los motivos), pero ella cree que él reflexionó sobre sus acciones y regresaron: “parece que me lo cambiaron” a partir de entonces ella se siente con más libertad de tiempo para cuidarse, porque en las mañanas él hace el desayuno (licuados), mientras ella se arregla para irse al trabajo, se seca el cabello, se lo plancha y se maquilla y eso la hace sentirse bien. Al preguntarle sobre cómo le había hecho para mantenerse físicamente activa, ella dijo que siempre tuvo interés y disposición para hacer actividad física desde pequeña y eso se le ha facilitado. Al ser ella la encargada de elegir y preparar los alimentos, se impuso sobre sus hijos en el cuidado de la alimentación, se le hizo difícil cambiar el tipo de pan, de blanco a integral. Uno de los mayores retos que en estos momentos que enfrenta Berenice, es la organización de su tiempo y los problemas en su rodilla para hacer actividad física.

Mileva. Tiene 41 años, es de Hermosillo. Tiene dos hijos y vive en unión libre con su pareja, quien trabaja fuera de la ciudad y casi nunca está en su casa, dio a entender que hace años que no aporta en el cuidado de los hijos, por lo que ella ha trabajado para darles alimentación y estudio, primero en las campañas políticas como promotora y cambaceo, además de que recibía una compensación económica realizando este trabajo, también le servía porque tenían que “poner ambiente en la campaña” lo que implicaba que estuvieran bailando y caminando durante casi todo el día. Actualmente trabaja en una oficina, pero se siente mal porque es la única que no tiene estudios superiores, le gustaría continuar con sus estudios para ascender en su trabajo. Uno de los mayores problemas que enfrenta es con su hijo adolescente y todos los problemas que tienen en su casa, aunque él está en un grupo de fútbol en su colonia, teme que se “descarrile”. Cuando fui a hacer la entrevista ella estaba haciendo cena, papas con chorizo y frijoles guisados, no paró de hacer sus actividades durante la hora y media que estuve ahí; comentó que todos los días tiene la misma rutina, me platicó que su hermana se había suicidado, tenía problemas de depresión y por eso ella cuida su salud mental pensando siempre de manera positiva y con esperanza de que toda su situación económica y familiar mejore.

Pati. Tiene 36 años y un hijo de aproximadamente 17-18 años, lo tuvo cuando aún era muy joven, también tiene una niña de aproximadamente ocho años. Es casada, viven todos en el mismo hogar, hace alrededor de seis meses, le dieron el diagnóstico de hipertensión. Estudió Ingeniería industrial, por un tiempo estuvo trabajando en su área, ahora se dedica a la venta de calzado por su cuenta. Mencionó que logró reducir el uso del consomé de sus comidas, no toman soda a

excepción de reuniones especiales y los fines de semana. Ella asistía a zumba cuando había en su colonia, se terminó el programa y pocas veces va a caminar acompañada de su esposo y sus dos hijos. Sin embargo, cuando fui a entrevistarla, acababan de terminar de comer y pude apreciar que en la mesa había una soda de tres litros, aunque tenía visitas no supe del todo si ella consumió y se sintió evaluada por mí en el cuestionario. Pati comenta que cuando trabajaba le parecía casi imposible seguir con los cuidados en la alimentación que recordaba del programa, cuando asistía a *Meta → Salud* empezó a preparar los alimentos de manera natural, cocía el tomate para hacer puré, picaba las verduras y las sustituía por la comida enlatada, pero cuando empezó a trabajar, llegaba cansada del trabajo y tenía que ayudar a sus hijos con tareas, hacer cena y dormir, no le quedaba tiempo para preparar comidas nutritivas, por lo que comía mucho en la calle, ahora que está en casa cuida más su alimentación y su bienestar emocional ya que trata de darse tiempo para sí misma y para su pareja. Duerme a los hijos temprano para estar a solas con su pareja, pero no siempre le funciona, así que también trata de salir a platicar con sus vecinas, siempre siendo consciente de que le aportará beneficios en su salud emocional. En el momento que surgió la entrevista, Pati estaba muy preocupada por su salud, a raíz del diagnóstico de Hipertensión, ella cree que debió hacer más ejercicio, pero menciona que no desarrolló ese interés porque no le fue inculcado por sus padres. Ella trata de que sus hijos desarrollen el gusto por el deporte para que no les pase lo mismo que a ella, aunque siempre caminó cuando era soltera, nunca estuvo en algún grupo de actividad física hasta que estuvo en el programa de *Meta → Salud*, entonces se incorporó a los grupos de zumba, pero ya no hay estos servicios en su colonia y ahora solo camina al dejar a sus hijos a la escuela, lo hace porque ella así lo decidió y para ejercitarse de manera constante.

María. Tiene 29 años de edad y dos hijos en primaria, vive con su pareja. Se dedica a las labores del hogar y el cuidado de sus hijos. Es originaria del poblado Miguel Alemán y tiene más de quince años viviendo en su colonia. Uno de los mayores cambios que ella realizó fue en la preparación de los alimentos, usaba mucho aceite para cocinar, todo era frito: papas fritas, pollo frito, frijoles refritos, ella ha disminuido su consumo de aceite y ha incluido más fruta y verdura a su alimentación. Un reto importante es dejar la soda regular, aunque también ha disminuido su consumo, antes se tomaban una soda de tres litros al día y ahora compran una de litro y medio, y la reparten entre los cuatro integrantes de su familia. Comentó que su mamá se encarga de vigilar su alimentación y su imagen corporal constantemente: “¡ay!, ¡qué gorda estás!, ¡ay!, ¡qué flaca estás!, ya no tomes tanta soda...” y se notó disgustada por esa situación. En su rutina de la semana se encuentra dejar a los niños en la escuela, ella decidió ir a dejarlos caminando para hacer ejercicio, recorre al menos cuarenta minutos diarios y, aunque puede tomar camión o “raites”, prefiere hacerlo caminando.

Ofelia. Tiene 52 años. Ella trabaja por las mañanas como empleada doméstica, su jefa es ama de casa y se lleva muy bien con ella, platican y se dan consejos la una a la otra. El trabajo de su jefe es como ingeniero agrícola supervisando los campos de cultivo de uva, manzana, naranja y otras frutas, aquí en Sonora y Chihuahua, en ocasiones le da fruta para llevar a su casa y durante el tiempo que está trabajando también tiene a disposición, aunque comentó que a ella no le gustaban las manzanas y desde que trabaja ahí le gustan mucho, el sabor, el color y el tamaño de las manzanas que consume son diferentes a las que en algún momento llegaba a comprar en el

supermercado. Tiene 3 hijos: 2 hombres y una mujer; el más grande de ellos tiene 28 años, es casado y tiene una hija de 1 año y medio, él es ingeniero industrial y vive a un lado de su casa; el segundo tiene 24 años, es recién graduado de la Licenciatura en Cultura física y deporte de la Universidad de Sonora con planes de casarse este año con su novia, su hijo al estar en contacto con los beneficios de la alimentación y la actividad física, vigila la preparación de los alimentos sin involucrarse en ellos, Ofelia comentó que en ocasiones le enfada porque constantemente le está diciendo que no le eche aceite a la comida o que todo lo haga al vapor o que cene esta u otra cosa, pero a ella se le hace difícil seguir las recomendaciones que le brinda su hijo por el sabor de los alimentos y los refrescos regulares; la tercera, tiene 19 años y recién acaba de entrar a la Licenciatura en administración de empresas, en ocasiones su hija se encarga de preparar la comida aunque no le gustan las verduras ni la comida saludable, esto ha sido un reto para ella al tener que preparar comida que les guste a sus hijos/as, ella se mostró orgullosa de los estudios de sus hijos y constantemente lo repetía durante la entrevista y en las visitas que se le hicieron. La mayor preocupación que tiene en este momento son los planes de su hijo en matrimonio, relató que a ella le duele mucho la decisión que ha tomado y no ha podido convencerlo para que no lo haga, le ha traído noches de desvelo, días tristes y llorando preocupada por el futuro de su hijo quien no tiene un trabajo estable, ella platica de este tema principalmente con su esposo, su hija y su jefa que también tiene 24 años, con esta última ha encontrado una consejera, el platicar con ellos le ha brindado tranquilidad. A Ofelia le gusta coser a máquina y bordar, le brinda satisfacción, además de que la relaja y tranquiliza, trata de hacer esta terapia varios días a la semana, también, mientras cose se exfolia los pies que se cansan por ir a trabajar.

Vanesa. Tiene 63 años, es originaria de Navojoa, Sonora. Vive en unión libre con su pareja. Comentó que no tuvo la oportunidad de estudiar ni siquiera la primaria, se dedicó desde pequeña al cuidado de sus hermanos pequeños, tiene tres hijos, dos hombres y una mujer, su hija también estuvo en el programa. Su hijo menor vive con ella junto a su esposa e hijos. Por el momento, le dieron la custodia de una de sus nietas, quien tiene muchos problemas de conducta y es una de sus más grandes preocupaciones, comentó que la reportaban en la escuela por faltarle el respeto a su maestra, además, a ella no la obedece, la niña es pequeña y ha recurrido a terapias psicológicas para que le brinden ayuda. Todos los días lleva a la niña a la escuela y camina de regreso a su casa, el caminar la tranquiliza y la hace pensar en otras cosas, también, los fines de semana camina con una vecina distancias bastantes largas, lo hacen sólo por distraerse y para salir de la rutina. Respecto a la alimentación, lo que más recuerda es hacer la comida más natural, aunque a ella no se le ha dificultado porque así lo ha hecho desde antes de entrar al programa, sus cambios han sido respecto al aceite y la mínima cantidad que ahora utiliza para preparar los alimentos, también ha logrado reducir su consumo de cigarrillos.

Lucía. Es casada y cuenta con 53 años, una hija y un hijo. Se dedica a las labores del hogar y al cuidado de sus hijos que están en la preparatoria. Lucía comentó que tiene dificultades para que sus hijos coman verduras, ella tiene que utilizar estrategias para que las consuman, como picar repollo, pepino y tomate y comprar unos tostitos, solamente así su hijo come un poco de verdura; con su hija no tiene mucha dificultad pero sí ha batallado para que disminuyan su consumo de soda regular, constantemente les explica los daños que tiene en el organismo pero poco le hacen caso.

También trata de ir a caminar en los espacios que tiene disponible en su colonia, aunque las labores del hogar y las relaciones de género que se establecen en su hogar muchas veces se lo impiden, por ejemplo, espera a que llegue su esposo del trabajo, pero si tiene algo pendiente en su casa como lavar los trastes o limpiar su casa, su esposo se va solo, la responsabilidad cae sobre ella y perjudica el cuidado de su salud. Lucía comentó que tiene especial cuidado en el consumo de sal, desde que estaba en el programa de *Meta* → *Salud*, y de aceite, ya que tiene altos niveles de colesterol. Uno de sus más grandes retos es que sus hijos coman más fruta y verdura.

Abril. Tiene 35 años, y es originaria de San Luis Río Colorado, Sonora. Tiene dos hijos. Vive en unión libre con su pareja, a quien conoció en los grupos que se hacían en su colonia, los dos eran muy activos como promotores comunitarios, especialmente cuando se hacían los grupos de AVES, ella se encargaba de reunir a las personas, su pareja era el encargado de deportes. Trabaja como empleada, su turno es por las noches. Durante el tiempo que estuvo el programa de *Meta* → *Salud* ella también asistía a los grupos de zumba que se hacían en su colonia, le gustaba mucho asistir y tomaba dos clases diarias, en ocasiones la instructora la invitaba a otras colonias y hacía hasta tres horas de zumba en un solo día. Comentó que desde que estuvo en el programa, ha disminuido la cantidad de aceite que utiliza para cocinar, ella hacía todo frito, y hasta su hijo le dijo que usaba mucho aceite. A su pareja no le gustan las verduras, sólo llega a comer papa, pero cruda, y eso ha sido un reto porque su hijo, al ver a su padre, tampoco quiere verduras; además de que su condición económica no le permite hacer dos comidas diferentes (una con verdura y otra sin verdura), sin embargo, cuece las verduras y se las come ella.

Celia. Tiene 52 años y al menos 3 hijos, la más chica vive con ella y su esposo. Es diabética, pero me comentó que tiene problemas para aceptar su padecimiento, sus resultados de glucosa son muy altos y hace tres meses no recibe tratamiento. Desde que estuvo en el programa de *Meta* → *Salud* ha cambiado completamente su alimentación, ahora hace comidas en donde incluye mucha verdura y come más fruta que antes. Cuando asistía al programa hacía más de una hora de bicicleta en su casa, pero debido a que se lastimó la rodilla no pudo seguir haciendo, también durante este tiempo ha ido a caminar con una vecina, pero los problemas de inseguridad en su colonia hicieron a su compañera desistir, en una ocasión les tocó ver que acuchillaron a un joven que estaba haciendo ejercicio en el parque por donde ellas estaban, pero ella desea seguir caminando. Comentó que ahora lee las etiquetas de los productos que consume. Cambió el pan por tostadas horneadas, y las sodas por jugos naturales. Es partidaria de la medicina herbolaria y naturista, así que toma jugos verdes para desintoxicar su cuerpo, o algunos té que le han comentado que le ayudarían para su diabetes. El mayor reto que enfrenta es que a su hija no le gusta la comida que hace con mucha verdura y al natural, tiene que hacer dos comidas o en ocasiones su hija no come y eso le preocupa. Mencionó no tener ningún tipo de apoyo emocional cuando ella lo necesita y su pareja no la apoya para que haga ejercicio.

5.3 “Ahora los miro y digo: ¡NO!, ¡tienen mucha azúcar!”

Las mujeres que participaron en *Meta → Salud*, y que forman parte de esta investigación, tuvieron el interés de asistir al programa durante 12 semanas, el cual se ofreció en sus colonias, desde ese momento las mujeres tomaron la decisión y preocupación por el cuidado a la salud mediante un ejercicio de autonomía. Como ya se mencionó anteriormente, parte importante del empoderamiento femenino, es el acceso y transformación de los recursos sociales, económicos y políticos en su vida cotidiana; uno de estos recursos es el acceso a la información oportuna.

Meta → Salud forma parte de esos recursos que se presentan a las mujeres, no sólo con información sobre el cuidado a la salud y la prevención de enfermedades, sino que es un recurso de promoción de la salud que brinda un medio para que las/los participantes adopten prácticas de cuidado a la salud mediante actividades que les permitan la transformación de su entorno tanto individual, familiar, comunitario, político y familiar. Lo importante en este trabajo es conocer cómo la información que se brindó sobre alimentación, actividad física, enfermedades crónicas y bienestar emocional, así como las herramientas que se les proporcionaron cambiaron sus prácticas de cuidado y auto-cuidado de su salud y de quienes las rodean.

Uno de los recursos informativos que ellas dijeron utilizar, es la lectura de las etiquetas de los alimentos para tomar mejores decisiones sobre su alimentación y la de su familia, como lo plantean Cristina y Celia:

- Lo que más recuerdo es que debemos de informarnos, leer las etiquetas de los productos que vamos a consumir porque eso beneficia o perjudica nuestra salud... (Cristina).
- ...y así, busco, y ahora sí, te digo que ahora, veo las etiquetas, de ese jugo no le había visto, y ¿sabes cómo se lo vi?, porque le di al niño en el biberón, al bebé, al bebé de un año, y le tomaba y ¡agh agh agh! le hacía, como que se le quedaba algo aquí (señala la garganta), ¡ya le voy viendo cuánto trae de azúcar, en la torre!, y le dije, ‘ya no vamos a comprar de estos jugos’ le dije, ‘ni soda en esta casa’ le dije (Celia).

Como se dijo anteriormente, el programa de *Meta* → *Salud*, no sólo les brindó a las mujeres información, sino que, mediante dinámicas participativas, se pretendía que las/los participantes interiorizaran esa información para que la ejercieran en su vida cotidiana, y de esa manera les fuera más significativa, y así lo menciona Berenice:

- ...por ejemplo, yo a los niños les daba muchos juguitos de esos, de esos para la escuela, de esos que vienen en cartoncito, y ya pues, ahí una vez hicieron una prueba de que ‘verán tómense un jugo’ nos dijeron, le hicieron a una muchacha la prueba de azúcar, y ya después de tomar el jugo aumentó un chorro ¿no?, y pues ahí nos dimos cuenta de que no es bueno, y así como que ahora los miro y digo: ¡NO! (risas) tienen mucha azúcar (Berenice).

Las mujeres participantes saben que uno de los componentes de la prevención de enfermedades se da a través de un monitoreo constante de su salud, sus niveles de lípidos, glucosa y medidas antropométricas, como Cristina y Berenice respectivamente:

- ... aparte pues estar en monitoreo constante de pesarnos, medirnos, checar los niveles de colesterol y todas esas cosas (Cristina).
- ¿qué es lo que más recuerdo? ... mmm... las pláticas que nos daban, mmm... que pues nos pesaban, nos hacían los estudios, que fue lo que me ayudó un chorro para darme cuenta de... de pues andaba

mal en lo del colesterol bueno, si no me hubieran hecho esos análisis de sangre pues nunca me hubiera dado cuenta, y pues de muchas cosas que ahí aprendimos... (Berenice).

Para la mayoría de las participantes, otro aspecto importante respecto a la información sobre prevención que recibieron en el programa, fue la importancia de una alimentación saludable, baja en grasas y azúcares y la sustitución de comida enlatada por la preparación natural

- ...como te digo, lo de la leche que yo no sabía de que yo pensaba que la leche amarilla no tenía los nutrientes necesarios, y ya pues ahí nos dijeron que no (Berenice).
- ...mmm... lo que recuerdo más, pues... eso ¿no?, lo de la alimentación mmm... lo de tomar mucha agua también, ¿qué más?, lo de las sales, lo de las enfermedades, el colesterol, la diabetes... y siempre me acuerdo, te digo... el no comer tanto enlatado (Mileva).
- ... de ir haciendo las cosas más naturales como agua, el puré licuado y ponerlo en bolsitas, no usar el puré condimentado y las pláticas que daban de la comida es lo que más o menos me acuerdo (Pati).
- ... de las verduras, del aceite, de la... ¿cómo se llaman? de los cubitos de pollo, de todo eso me acuerdo (Vanessa).
- ...el cómo cocinar sin aceite, las grasas cómo utilizar las grasas, ¿qué más? pues es lo más que me acuerdo, de la comida (Abril).
- Y sí me quedó todo eso, de uno mismo hacer las... por ejemplo la soya como nos dijo la doña y así, y hacer diferentes platillos, yo no sabía y ella me enseñó. O sea, yo sabía un solo modo nomás, hervirla enjuagarla y echarle la verdura y como ceviche así, pero ella nos dijo de más maneras, hasta hamburguesas he hecho de eso... muchas veces uno no sabe o no conoce qué tipo de verduras para que agarre el sabor, no sabe uno (Celia).

Meta → *Salud* está basado en teorías participativas y de aprendizaje social para el cambio en salud, en donde el cambio es un proceso cognitivo que se da de manera paulatina mediante etapas, Prochaska 2006 dice que, “cualquier actividad que se inicia para ayudar a modificar una manera de pensar, de sentir o un comportamiento, es un proceso de cambio” (Ibid, 25).

Una de las nociones del cuidado a la salud en la alimentación y la actividad física de las mujeres entrevistadas es la medición de porciones, y los cambios progresivos que pueden llegar a tener tanto individual como colectivamente. En este sentido, no sólo tienen conocimiento sobre su auto-cuidado, sino que también se encargan de transmitirlo con su familia respecto al proceso de cambio, como Berenice, Mileva, Pati, Ofelia y Abril:

- mmm, tanta grasa pues, echándole menos grasa, yo ponle sí utilizo el aceite pero ¡muy poquito!, o sea, nada más para que no se pegue, que se hagan más como al vapor las comidas y... y pues azúcar pues, no tomando tanta soda porque contiene más, haciendo mejor naturales, que sí va a tener azúcar pero en menor cantidad y pues sí hacen actividad física esa azúcar pues la pueden eliminar, disminuir (Berenice).
- por lo menos reducirlo pues, si vas a usar, ¡bájale!, bájale dos rayitas y así...” (Mileva).
- Pues ponerse cambios, no hacer cambios tan bruscos, no hacerse de que ¡ay! ya no me voy a enfermar ¿no?, cuidarnos un poquito más, lo que también uno de adulto ya no, ¿cómo se puede decir? no sé si son defensas o qué será, pero ya como que agarras más enfermedades, y la alimentación pues que comas su porción de fruta, una manzana diaria como dicen (Pati).
- Pos frutas, verduras mmm... semillas, cosas que nos nutran pues, y evitar grasas, evitar las sales, las sodas, la harina, son cosas que.. si comías, si te tomabas una soda a la semana o tres sodas a la semana, tomarte una nomás ¿verdad?, a la semana (Ofelia).

- Pues... cuidar lo que comemos, en cantidades pues, la sal, azúcar, o sea evitar lo que es light pues, porque he sabido que trae más azúcar que una soda normal y... y tratar de comer verduras, caldos, o sea, más caldos que comidas secas pues... sí comemos cosas de la calle (entre risas) que no sea a diario, o que no sea tres veces en el día, que sea una a la semana o una a la quincena, pero bajarle pues, bajarle a la alimentación de la calle (Abril).

Las nociones sobre cuidado a la salud desde la alimentación, forman parte importante sobre el concepto de empoderamiento que veíamos en el capítulo teórico sobre la promoción de la salud. Se define como las capacidades de las personas para transformar su entorno en prácticas (acciones) saludables mediante recursos de información oportuna y de calidad. En este sentido, las prácticas de alimentación y actividad física de las mujeres adquieren significados distintos que se ven reflejado en su cuerpo y que las hace sentir bienestar emocional y físico, pero también cobra importancia el auto-cuidado de su salud emocional por medio de las prácticas de actividad física, así lo comenta Berenice:

- ... por eso que te comentaba de que me hace sentir bien pues, como no sé (risas) parece que te dan una medicina, se dice que como que generamos, endorfinas creo y pues te ayuda al bienestar, a que te sientas bien, yo he probado como que sí, porque a veces ¡ah me siento así! (hace gesto de tristeza), y ya voy y hago ejercicio y ya vengo y ya, ¡a gusto!, entonces, identifico de que cuando voy y hago, estoy bien (Berenice).

Anteriormente, presenté algunas definiciones de salud que nos ayudarán a comprender mejor este concepto, desde la Organización Mundial de la Salud se definía como, “un completo

estado de bienestar físico, emocional y social y no sólo la ausencia de enfermedades”, pero otras perspectivas socio-antropológicas, hablaban sobre el reconocimiento del ser humano y su capacidad para decidir y transformar su entorno de manera simbólica y subjetiva para el bienestar; Pati, lo define de la siguiente manera:

- Pues mentalmente, físicamente mmm... sentirte bien pues, no nomás es de que estés bien en tus análisis clínicos o con el doctor, o que no tienes ninguna enfermedad, ¡no! se me hace que tú te sientas bien, o cómo estás, de lo que haces, mmm... que te sientas a gusto, contenta se me hace, y pues todo eso engloba alimentación, que te cuides en lo que comes, que hagas ejercicio, que te dediques un tiempo, o sea, que emocionalmente también estés bien, todo eso te ayuda poquito a que tú te sientas bien y que tú digas ¡ay! estoy bien, estoy saludable me siento bien, así es como yo lo siento, no nomás saludable es de comes bien o estás bien con los análisis clínicos ¡no!, porque puedes estar bien pero... estás mal tu emocionalmente, porque hay muchos problemas en casa, o no sé, se me hace que va englobado todo.

Las nociones que las mujeres tienen sobre el cuidado a la salud parten de un sistema subjetivo y simbólico, en el cual ellas relacionan su cuerpo como un medio de objetivación y sentido de bienestar relacionado con las prácticas de alimentación, actividad física y cuidado emocional. La información que las mujeres tienen sobre la salud, se va construyendo en base a su contexto y sus prácticas, este recurso las prepara para decidir, elegir y hacer cambios en su salud mediante estrategias o formas de actuar como parte de un proceso de promoción de su salud, que se ve inmerso dentro de la cultura de género.

5.4 “A mí me encanta cocinar para mis hijos”

Las prácticas de alimentación de las mujeres están condicionadas a los papeles o roles sociales que tienen que desempeñar en la sociedad. Culturalmente, el cuidado a la salud forma parte de las responsabilidades de la mujer como una extensión del trabajo doméstico que han tenido, de ello, se deriva el cuidado a la alimentación, el tiempo que se dedica a la preparación y la distribución de los alimentos y la educación en salud de los hijos, como una manera de prevención de enfermedades futuras para ellos. La mayoría de las mujeres entrevistadas reforzaron esta afirmación en su discurso.

Respecto a la educación en salud, las mujeres dijeron ser responsables de enseñar a sus hijos sobre el cuidado y prevenirlos sobre los alimentos que pueden perjudicar su salud:

- Y aparte que por salud le digo también, y como que... como que no cree pues, nada, no cree que se va a enfermar (su hermana), y eso sí les platicaba yo a ellas, igual a los plebes... a él (su hijo) le recalco mucho lo de las verduras, lo del comer caldito (Mileva).
- Pues yo tengo pues la cocina yo, yo preparo todo, pues mis hijos comen lo que yo les doy eh... pero más que nada, también diciéndoles a ellos pues, “esto es bueno y esto no nos nutre” y así, o sea, enseñándoles a ellos también pues... creo que al principio lo relacionaban con no gastar ¿no?, más que “nos está cuidando porque la soda es terrible”, pero ahora ya no, les digo mucho, y les enseño que descalcifica el refresco de coca, descalcifica los huesos, este... te daña la flora intestinal, sirve como destapador de caños, que sirve como para aflojar un tornillo pegado, o sea y todas esas cosas se las he metido así como que con marro y ya no me dicen nada (Cristina).

Uno de los aspectos importantes y recurrentes entre todas las mujeres, es una auto-asignación de los roles de género en el cuidado a los otros y unas prácticas normalizadas entre todas las participantes:

- No, a mí me encanta cocinar para mis hijos. Nos toca la parte de enseñar y educar, nos toca la parte de decirles los pro y los contras de su alimentación... entonces ahí sí es responsable la mamá, de enseñar a los muchachos qué es lo que deben de comer y dónde no deben de comer y qué es lo que deben de hacer antes de comer, como lavarse las manos y todas esas cosas, la mamá tiene que educar para que ellos después realicen todo sin que nadie les tenga que decir (Cristina).
- Porque pues es la mamá la que hace la comida, ahorita yo soy la responsable de la alimentación de mis hijos porque pues yo soy la que hago la comida... pues me imagino que esa es mi responsabilidad pero pues... pues sí ¿quién la va hacer si no? (Ofelia).

En cambio, según las mujeres de *Meta* → *Salud*, la participación de los hombres en los cuidados de la salud incluyen la responsabilidad por la estabilidad económica y como proveedores del hogar, los cuales refuerzan los papeles sociales de los hombres en el ámbito público y el de las mujeres como encargadas de los hijos ligados a la maternidad como vimos anteriormente:

- El papá yo creo que debe de solventar las necesidades económicas para que la familia se alimente dignamente de perdida ¿no?, y tenga todos los servicios necesarios en su casa como a lo mejor un buen refrigerador, una buena estufa, que no estén cocinando a fuera de la casa por ejemplo, yo creo que de eso se encarga más el papá, y la mamá ya de educar y preparar y todo (Cristina).
- Así como el esposo trae el dinero para comprar la despensa, así uno también es su responsabilidad tener limpia la casa y hacer la comida, la ropa, todo eso, es la responsabilidad de uno (Ofelia).

Algunas de las mujeres reflexionan respecto a la cultura y la socialización que se les ha asignado como mujeres y al reparto de tareas como una responsabilidad compartida, relacionado principalmente con las mujeres que tienen un empleo remunerado, ellas mismas lo han experimentado y, sin embargo, en la práctica ellas siguen ejerciendo su rol tradicional:

- Pues podría ser mmm... por partes iguales ¿no?, porque ahorita casi en todas las familias trabajan los dos y ahí si tiene que ser iguales porque llegan y aportan la misma cantidad o aportan dinero pero, el tiempo no les alcanza para hacer ella todo de ir a comprar, entonces ahí se reparten y sí nos repartíamos pero siempre le toca más a uno de mujer, siempre (Pati).
- mmm no deberíamos ¡eh!, pero pues es algo que, que yo creo que desde pequeñas hemos visto, entonces mmm, porque lo hemos visto lo sentimos que así es pero realmente creo que no, que todos deberíamos de cooperar y hacerlo, más ahorita que trabajamos los dos, y aunque no trabajáramos (Berenice).

Respecto al trabajo, todas las mujeres tienen una carga laboral intensa y algunas, debido a la doble jornada laboral, ejercen sus actividades de empleo fuera de su casa y al llegar, continúan con actividades de trabajo doméstico y el cuidado de sus hijos. Para la mayoría de las mujeres esta carga influye en la falta de tiempo para realizar prácticas de alimentación saludable

- Sí, sí desde mi experiencia que yo nunca había trabajado y ahora este año que trabaje sí, sí o sea llegas y a veces con un trabajo que era muy estresado, llegas y llegaba a las siete, ocho de la noche todavía había que revisar tareas porque mis hijos siempre habían estado conmigo y querían que yo estuviera con ellos haciendo la tarea, o sea, a mi sí sí sí, mis respetos para las que han trabajado y que todavía llegan a su casa ¡ay no no no no! es muy pesado y todavía hacer comida y ellas he

platicado ahí con ellas y no pues con las prisas es comprar mucho comida hecha pues también, y eso pues es mucho, las comidas hechas es mucha harina, muchos conservadores, muchas cosas empanizadas y siempre lo mismo cuando estuve trabajando... no sé el por qué pero siempre está más recargado así, pero pues, te ayudo en esto pero tú has el otro y siempre cosas de la lavada, de hacer tareas con los niños, mmm... de barrer y trapear esas cositas siempre a uno de mujer, o los trastes o algo, pero sí es más pesado, debería de cambiar pero no sé, a lo mejor en unos años más adelante a lo mejor sí porque ya va ser algo normal que los dos trabajen y que se repartan las tareas de las labores pero todavía hay mucho que la mujer es la que más, llega del trabajo y todavía sigue trabajando en casa (Pati).

Respecto a la dinámica familiar, algunas mujeres comparten las labores domésticas con su pareja o sus hijos, sin embargo, siguen considerando el reparto de actividades como una ayuda para ella y no como una responsabilidad del otro, además, el reparto de tareas es desigual según su género; en las mujeres, está más enfocado hacia la preparación de la comida, lavar la ropa y limpiar la casa; en los hombres, sacar la basura y limpiar el patio. Simbólicamente, las mujeres están socializando los roles tradicionales de género a sus hijas así como ellas recibieron esta socialización por medio de otras mujeres, como su madre o su abuela:

- Pues... hacer comida, lavar, mmm... la planchada, la alzada, pues todo pero me ayudan, me ayudan ellos... por ejemplo, mi hija que lava su ropita, que me ayuda que a tender, su hermano también así que a tender, que a tirar la basura, que a darle comida al perro, y ya que su hermana que lave, ella ya sabe que tiene que lavar los trastes y ayudarme cuando salgo así, para cuando vengo ya tienen ellos listo todo... la niña... o que así ella me ayuda también, la estoy enseñando a hacer comida (Lucía).
- Yo aprendí viendo a mi mamá (a hacer comida) (Vanesa)

Las narraciones de las mujeres muestran un discurso de culpabilidad por no dedicarle más tiempo del que deberían al cuidado de sus hijos por ejercer un trabajo fuera de casa y aunque se reparten las tareas del hogar entre los miembros de la familia, se sigue recargando más hacia ellas, tanto el trabajo doméstico, como el cuidado de los hijos:

- Mmm... pues sí, todo lo que hago me causa (satisfacción), y con ellos, te digo, quisiera dedicarles más tiempo a ellos y hay veces que no puedo porque estamos aquí, o porque se te va el tiempo a veces pues, pero sí, trato de... (Mileva).

Algunas de las mujeres también señalaron que ejercieron su derecho a las responsabilidades compartidas ante la falta de tiempo y cansancio que su doble jornada representaba, lo que derivó en conflictos con su pareja y que finalmente se resolvieron, ahora sus parejas se involucran en las labores domésticas y en el cuidado de sus hijos.

- Sí, tiene... como un año yo creo que empezó a ayudarme, porque antes no, antes estaba renuente así de no hacer comida, no hacer quehaceres domésticos, nada, hasta que yo también llegué a un momento en el pues ¡ahh no! dije (Berenice).
- Sí sí, pues antes de plano no me daba (no le alcanzaba el tiempo) en las tardes tampoco ¿no?, y me empezaron a ayudar... hace como un año yo creo, que yo les dije pues que estaba cansada de llegar del trabajo, levantarme a hacer desayuno, pues eso ¿no?, y ahora sí me ayuda mi esposo con el desayuno de los niños y ya cuando se va a ir que a veces tiene que salir temprano, y ya es cuando me tengo que levantar yo y hacerle (Abril).

En el discurso de las mujeres de *Meta* → *Salud*, las prácticas de alimentación están interiorizadas y son parte de sus responsabilidades como mujeres y madres cuidadoras de su familia y que en ocasiones comparten con otros integrantes ya sea sus hijos o su pareja.

Simbólicamente las mujeres siguen ejerciendo una doble jornada, a lo que Marcela Lagarde llamaba como un sincretismo de género, en el que las mujeres articulan roles contemporáneos como estar activamente en el mercado laboral, con roles tradicionales en el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos. Otra de las responsabilidades en el cuidado a la salud de sus hijos, son las prácticas de actividad física como una forma de promover su salud, algunas mujeres lo han relacionado con la cultura y la socialización del gusto por el ejercicio, mencionan que a ellas nunca las educaron para adquirir el hábito y que ahora es una prioridad para ellas con sus hijos y como una estrategia saludable de la organización del tiempo en su hogar:

- ... aparte de que yo hago, por ejemplo llevarme a los niños, a parte mi hijo es bien hiperactivo, por eso lo había metido al futbol, porque hasta lo noto que se cansa más y así como que se tranquiliza, entonces por el bien también de él, sé que también lo debo de llevar a hacer ejercicio (Berenice).
- ¿Qué es saludable, que me va a traer beneficios?, pues más básicamente eso porque de gustarme tienes que empezar tu que te guste, que sea como desde el principio y eso yo nunca lo tuve, no nunca lo tuve, y eso yo quisiera que estos mis hijos tuvieran pues, no que ya cuando estén grandes sea porque mmm... tarde se me hace o no sé una enfermedad que es cuando ya uno se pone las pilas como quiero decir no hicieron ejercicio cuando tuvieron todo el tiempo atrás, que les guste ir a hacer ejercicio eso quiero yo, y que vean que pues que se divierten, llegan duermen más a gusto mmm porque llegas cansado te das un bañito y a dormir y duermes como bebé (risas) y ya no sabes hasta el otro día o sea, son varias cosas pues lo que te trae (Pati).

La falta de tiempo y el cansancio que viven las mujeres, dificulta el cuidado a la salud para realizar prácticas de actividades físicas, además de otros factores del entorno como la inseguridad en las colonias, la falta de grupos de actividad física y el acompañamiento. No obstante, algunas identifican otros recursos que pueden utilizar para cuidar su salud respecto a las actividades físicas, como el ejercicio en casa por medio de internet o disco compacto sobre cómo hacer ejercicio de aerobics o el acompañamiento de sus parejas, que puede funcionar como un obstáculo o un facilitador para algunas de ellas, como en el caso de Ofelia:

- Mi esposo me ha acompañado a caminar y con él sí vamos ¿no? ya se siente uno más protegida, pero muchas veces llega tarde pues, iba a empezar el lunes a caminar y no he podido ir, lunes y martes llegó tarde y miércoles llegó con sus traguitos y pues ya, ya era muy tarde y no pues ¡ya pa' que! empezar el miércoles fíjate y ya no fui en toda la semana (Ofelia).

Otra de las dificultades a las que las mujeres se enfrentan para hacer actividades físicas relacionadas con el género, es la falta de apoyo por parte de su familia para las actividades domésticas y el control que la pareja ejerce por el cuerpo de las mujeres, como el caso de Lucía y Celia respectivamente:

- Pues hay veces que yo ando ocupada y... y me dice “¿vamos a ir a caminar?” pues cuando está aquí ¿no?, porque hay veces que trabaja fuera y le digo “¡ay! es que mira ando ocupada” o equis algo, y... “bueno pues, voy a ir yo” (le dice el esposo) y ya se va él (Lucía).
- Hay veces que sí se enoja, que... como que no le parece que yo ande así yéndome en las tardes “ay qué la chingada, yo te veo igual (balbucea)” sí le baja la moral a uno, pero mientras yo me sienta bien ¡qué me importa lo que él diga!, y... pues sí me hace falta una compañera que me acompañe a dar la vuelta ahí (Celia).

Como hemos mencionado, el cuidado a la salud de las mujeres está íntimamente relacionado con el cuidado de la salud de la familia como una responsabilidad asumida y normalizada, de tal manera que las mujeres representan un medio para brindar bienestar a todos anteponiendo su propia salud, principalmente respecto al manejo del tiempo para sí mismas, el estrés y el cansancio. Estas prácticas naturalizadas están relacionadas con un sentido emocional a la maternidad, el cual dicta que el fin y objetivo principal de las mujeres es el bienestar de sus hijos, como lo menciona Abril:

- Pues, viendo que los niños estaban mejor pues... en cuestiones de... pues no están gordos ¿no?, porque mi niño el más grande sí estaba engordando mucho y ya una vez me dijo el niño, “amá le echas mucho aceite” dijo, “a las papas” (risas) y entonces ya dije, “no” dije “vale más que así como me dijeron que lo hiciera así lo voy a seguir haciendo” eso es lo que... pues estos son los que me... (señala a su niño que juega frente a nosotras) mi motorcito pues, sí que la he visto muy difícil sí, pero, o sea, si nosotros no le echamos ganas nada funciona... ¿qué te diré? (Abril).

Sin embargo, las mujeres tienen consciencia sobre el auto-cuidado de su salud que se representa a través de su cuerpo, como un medio físico en donde las prácticas de alimentación y actividad física se asocian a un sentido de bienestar emocional. El auto-cuidado también está representado por significados asociados a su rol de género entorno a la belleza y la imagen corporal o como un medio de preservar su salud para continuar con el cuidado de sus hijos.

5.5 “Porque si no estoy saludable yo, ¿quién va a cuidar a mis hijos?”

Algunas de las nociones que las mujeres tienen sobre el mantenimiento de su salud están relacionados al cuidado del otro y a la función social que cumplen en sus hogares como responsables. Estos papeles les han otorgado cierto poder dentro del hogar, ya que son ellas las que toman decisiones respecto a la alimentación, algunas lo utilizan como un método de castigo o premio por las acciones de sus hijos o de sus parejas, y la salud puede ser vista como una cuerda que estiran y aflojan según les parezca conveniente, sobretodo, con la alimentación de la calle como premio o hacer comida como un acto de resistencia ante las peleas con sus parejas (Berenice-Ofelia). De alguna manera, la consciencia que adquirieron en *Meta* → *Salud* sobre el cuidado de la salud les ha servido a ellas como un vínculo entre el bienestar físico y la prevención de enfermedades y como un instrumento útil para el logro de sus objetivos:

- Hago cosas que no le gustan (a su esposo), hago mole, no le gusta el mole, ¡ay tan rico el mole! ¿no? y me dicen mis hijos: ¡ay! ya andas enojada con mi papá” pero cuando ando enojada sí lo hago, pero... resulta que ya tengo preparado el frasquito (RISAS). Cuando anda enojado conmigo, por ejemplo, si hay algo bueno ahí que hice un cocido o... un bistec ranchero, él se guisa, no se come lo que yo hice, o el lonche no se lo lleva, hoy no me levantó, cuando no trabajaba yo, me quedaba acostada, así son los hombres, y me dice, “no pues no me voy a comer lo que tu hiciste”, él la compró la comida pues ¡qué tonto no! (RISAS) son locos (Ofelia).
- Porque como te decía, yo voy al mandado, yo los cuido y de que como te digo, si mi esposo me ayuda a hacer la comida, ósea yo soy la de que, ¡hey! no le echas tanto, ¡hey! esto o lo otro, entonces, de esa manera... o a los niños también de que ¡hey! ya fueron a las hamburguesas, ya no más, ya fueron una vez o sea no es bueno tampoco que coman tanto pan, o hot dogs, también los controlo porque ellos felices si comen hot dogs ¿no?, siempre de que “no, ya fueron ya, mejor haber unas tostaditas” esto o lo otro y ya (Berenice).

Otro de los conocimientos que adquirieron las mujeres sobre el auto-cuidado a la salud se expresa en su cuerpo como un medio de objetivación del bienestar, tanto físicos relacionados con la flexibilidad, el no sentir dolor, la energía para realizar sus actividades y el bajar de peso, esto también se expresa culturalmente respecto a la imagen, al tener que cumplir con cánones establecidos de belleza que buscan en las mujeres la delgadez y que, al lograrlos, genera reconocimiento de los demás y autoestima de ellas. En relación con el cuerpo, por último, las mujeres también relacionaron el auto-cuidado de la salud como un sentido de bienestar emocional y las prácticas de actividad física o el dedicarse un tiempo a sí mismas como un medio para lograrlo, de esta manera, cuando ellas se sienten estresadas o tristes, realizan estas prácticas y reducen su estrés, tristeza, cansancio o monotonía.

- Sí porque, sí, sí te sientes bien, el metabolismo, te sientes bien, porque a veces que pues te sientes toda cansada, aburrída, que no quieres hacer nada, nomás quieres estar sentada ahí y es bueno hacer ejercicio es saludable, y ya pues te sientes mejor dices “ay ya me siento bien, como que descansé del cuerpo” el cuerpo se siente diferente, menos estresada (Lucía).
- Antes me dolían las piernas y ahora no, ahora camino bien a gusto (Vanesa).
- ...Más liviana, más así que estaba más... eee... podía agarrar bien las cosas, y de otro modo no, ¡toda aguada ahí!, y luego le digo yo, los ejercicios que... yo en la mañana hago los ejercicios en los pies, y luego las manos, y luego ya me paraba y así... cuando yo fui (a *Meta* → *Salud*), yo vi mucho cambio porque, porque empecé a quitar cosas que me afectaban y fui cambiando yo, yo, mi salud, todo fue... como que me fui limpiando, me fui barriendo, me fui así, no sé, se me fue saliendo todo lo... porque ahora muy bien, me siento muy bien (Celia).

- ¡No!, pues ya cuando llego, llego de otro rollo, por ejemplo, te digo, estar en la casa así que duermo, sí te enfada pues, o sea, la obligación, lo mismo todos los días, te enfada, en la comida, la alzada, entonces, a veces se me hace difícil el tiempesito para mí, para decir, ¡ay! voy a ir a caminar” ...pero sí me siento mucho muy bien, más cuando estoy así que traigo pleitos con el niño o algo así, me siento muy muy bien, y llego más cansada y ya duermo más a gusto y más temprano me puedo dormir, o sea, porque sé que me ayuda pues (Mileva).
- Sí, sí pasa de que a veces dices, ¡ay! no, ahora no voy a hacer esto, voy a hacer algo para mí, porque todos los días es lo mismo, todos los días es la misma rutina... a veces me voy a visitar a mis hermanas, a una amiga mmm... a caminar o así no sé, pero pues muchas veces uno mismo, te pones a pensar cosas más positivas y ya, sales de la rutina de aquí, del estrés... por el bienestar de uno mismo, de uno mismo como persona (Lucía).
- sí, hay ocasiones en las que sí salgo, pero sí, sí me dedico tiempo, me dedico mi tiempo, los fines de semana a veces salgo a un evento social, a lo mejor un convivio, sí si lo hago, precisamente yo lo considero sano eso, este... sí si lo hago... (Cristina).

La noción que las mujeres tienen sobre el auto-cuidado, no solamente está asociado con el malestar, sino también con el concepto de salud como un estado completo de bienestar físico, emocional y social, que se da a través de la práctica que las mujeres tienen sobre dedicarse un tiempo para ellas mismas visitando amigas, platicando con las vecinas o darse un tiempo con su pareja a solas, aunque en ocasiones mencionan que su misma condición de mujeres madres obstaculiza su auto-cuidado, Pati, Vanesa y Abril lo dicen así:

- Pues yo procuro quince minutos, que me... pego así o lo que estoy haciendo es de que niños a las nueve a las nueve ya los acuesto a dormir, de nueve, nueve y media o diez es para mí o para mi pareja de estar los dos solos pues, pero eso pero ¡uuu! por eso te digo quince o veinte minutos porque no me hacen caso (risas) (Pati).

- Nombre (se ríe), no dejan ni dormir los chamacos (Vanesa).
- Pues la verdad ya tengo como dos años que no (risas)... que no tengo así ¿no?, así de que diga “¡ay! voy a ir con mis amigas” no, eee... (Abril).
- ...así que tú digas, para mí para mí, mmm no, ¡hace mucho! que no me lo tomo, así, sí salgo y que fiestas y todo ¿no?, pero... así por ejemplo, ¡ay! voy a descansar media hora, ¡ay! me voy a ir a caminar media hora pa´mi solita, no, hace mucho que no sola yo (Mileva).

Otro de los aspectos de auto-cuidado al que se refirieron las mujeres, es la preocupación y el interés por conservar una imagen corporal delgada, como expresión simbólica del estereotipo tradicional femenino y el reconocimiento del mismo ante los demás, al disminuir su peso se logra este objetivo y se relaciona a un estado de salud emocional, Berenice menciona algo al respecto:

- me gusta estar bien ¡y pues claro verme bien! también, no engordar, (entre risas) cuando siento que kilitos de más pues sí trato de ir... estar saludable es verse bien por dentro y por fuera, eeeh, estar bien físicamente, moralmente y emocionalmente (Berenice).

En la experiencia de las mujeres, la salud y la imagen forman parte esencial del auto-cuidado; sus prácticas cotidianas están ligadas a la higiene o la belleza y utilizan la información que adquieren en su entorno y la transforman para el cuidado individual y familiar de manera transversal, ya sea en la alimentación, actividad física o en el bienestar emocional y social:

- ... después se fue, se fue desarrollando más el interés, y ya después por cuidarme, a lo mejor por imagen por lo que tú quieras y ya después con el programa este.. ya me di cuenta que puedes, este.. la información que tú tienes es importante para ti y tu familia (Cristina).

- ¡yyy! pues todos los días me peino, a veces me hago chinos, me pinto, me baño, me lavo los dientes, en la mañana yo creo que una hora de perdida, y ya pues ¿cuidados es eso no? lavarse los dientes, bañarse... por ejemplo, arreglarme las uñas, a veces los pies también... pues yo creo que sí me dedico una hora y media de perdida y los fines de semana un poco más (Berenice).
- el bordar pues una hora o dos horas mientras veo la novela, con los pies remojando (risas) que me sirve para dos veces, me sirve para descansar y pues luego me los arreglo, me corto las uñas, y me chipileo yo sola, en veces me pongo una mascarilla viendo la televisión, bordando, hago todo junto, en dos horas, me atiendo en dos horas (Ofelia).
- Pues yo creo que... por ejemplo, cuando empecé a realizarlos pues adelgacé y pues yo creo que eso te motiva y aparte como que te hace estar bien el ejercicio, ya llega un momento de que, cuando no hago así como que andaba de malas, no sé, y ya como que hago ejercicio y me hace sentir bien (Berenice).
- Pues sinceramente sí me gustaba (el zumba) porque le dicen a uno, la misma gente decía ¡ay! sí estás adelgazando, o sea, te da ánimo aunque sean mentiras ¿me entiendes?, sí son los mismos los pantalones que me pongo, ¡son mentiras! pero la gente te quiere... te quiere decir ¡ay! (Ofelia).

5.5.1 Te tienes que dar un tiempito para todo pues

Desde la perspectiva de género, las nociones sobre auto-cuidado de la salud de las mujeres están influenciadas por los roles tradicionales de género y la identidad que se ha impuesto a mujeres y hombres. Sin embargo, dentro de sus prácticas de cuidado y auto-cuidado de la salud, las mujeres mencionaron tener la capacidad para tomar decisiones dentro de su hogar y tener control sobre las

dinámicas familiares. Desde un ejercicio consciente de salud, las mujeres mencionaron tomar decisiones contundentes para mejorar su salud y la de su familia y de la adaptación que estas decisiones que tuvieron en su familia, que transformaron principalmente sus prácticas de alimentación, al preguntarles sobre cómo pudieron lograr los cambios que hicieron, algunas respondieron de la siguiente manera:

- Pues yo creo que es asunto de decisión de decir ¡NO! y pues, es plantearte un objetivo de que “ah voy a hacer esto y voy a bajar” y para que, cumplir tu objetivo pues (Berenice).
- Porque yo lo decidí (María).
- ...así de que a veces aunque me levante más tarde, de perdida media hora pues, porque a veces “hay no, ya me levanté tarde” y no hago, entonces no, ahora así de que “no le hace, poquito”, y voy ahí, y no importa si es domingo porque también a veces uno dice “hay no, voy a empezar el lunes”, y no empiezas entonces, el hacer las cosas, ¡hoy!, es domingo ¡no le hace! me voy a ir un ratito (Berenice).

Desde la experiencia y el discurso de las mujeres, se visualizan aspectos de orden simbólico-subjetivos en las prácticas de cuidado y auto-cuidado de su salud, principalmente con las relaciones de género y la cultura que influyen como obstáculos, pero también como facilitadores en su vida cotidiana y que las ayuda a lograr su objetivo respecto al cuidado. La importancia de la promoción de la salud en las mujeres se traduce en el desarrollo y bienestar de sus hijos y las hace consientes del auto-cuidado por medio de estrategias para dedicarse un tiempo

a sí mismas, para conocerse y reencontrarse con sus aspiraciones, deseos y espacios de socialización.

5.6 Los casos favorables y no favorables

Uno de los criterios de inclusión para la muestra de esta investigación, fueron los resultados favorables o desfavorables de las participantes. Los casos favorables fueron aquellas mujeres que lograron dos o más cambios positivos en los resultados de la evaluación del programa *Meta → Salud* (2011-2012); los casos no favorables fueron los de aquellas mujeres que no hicieron ningún cambio en sus resultados de la evaluación de *Meta → Salud*.

Las variables que se tomaron en cuenta para clasificar en casos favorables y no favorables fueron: peso (kg), circunferencia de cintura y cadera (cm), actividad física vigorosa, moderada, caminata y tiempo que permaneció sentada durante el día, además, tipo de leche que toma, tipo de aceite, consumo de fruta y verdura y porciones de bebidas azucaradas y soda regular, comparándolos con los resultados que obtuvieron anteriormente en *Meta → Salud* (véase página 85-86).

Lo que se ve en esta segunda evaluación es que, en general, todas las mujeres mostraron cambios en la alimentación, algunas aumentaron su consumo de fruta y verdura, otras cambiaron

el tipo de leche o aceite por opciones más saludables y una de ellas disminuyó su consumo de sodas regulares.

En el caso particular del consumo de soda y bebidas azucaradas, este permaneció igual o aumentó en algunas participantes. Esto podría ser a causa de la mercadotecnia y el gusto por las bebidas azucaradas, lo que hace que se les dificulta no consumir estos productos que dañan su salud. En la entrevista semi estructurada, ellas mencionaron que conocen las consecuencias y los efectos dañinos de estos productos, sin embargo, les es difícil dejarlas por la sensación de bienestar que provocan al consumirlos. No obstante, gracias al conocimiento que adquirieron en *Meta* → *Salud*, transmiten la información a sus familias, sus hijos, hijas y hermanas principalmente.

De las cinco mujeres que se encontraban en el grupo de casos favorables, solamente dos de ellas no mostraron cambios en sus datos antropométricos, aunque sí mostraron cambios en su alimentación o actividad física, veamos los casos a detalle.

Berenice aumentó su peso y circunferencia de cintura, pero mantuvo en la misma medición de cadera. Ella cambió el tipo de aceite con el que cocina. Aunque su carga laboral y sus salidas fuera de la ciudad debido al trabajo han ocupado gran parte de su día, mencionó que ella siempre tuvo la cultura de la actividad física, desde pequeña participaba en grupos de danza, básquetbol y

voleibol y que por ello, aunque a veces llega cansada del trabajo o sale fuera de la ciudad, realiza ejercicios aeróbicos en casa o rutinas que ha aprendido del gimnasio.

A Berenice, *Meta* → *Salud* le ayudó a cambiar hábitos de alimentación no saludables para ella y su familia, como incluir grasas saludables, nueces, almendras y semillas, más fibra, fruta y verdura a su alimentación; aunque ella disminuyó los días de actividades físicas vigorosas y moderadas las sigue realizando dentro de sus posibilidades de tiempo.

María tampoco disminuyó sus medidas antropométricas, pero aumentó sus días de caminata incorporándolos a su vida cotidiana, mencionó que camina todos los días porque va a dejar a sus hijos a la escuela, puede tomar camión o algunos raites con sus vecinas, pero prefiere caminar porque sabe que la caminata le trae beneficios tanto físicos como emocionales. Aunque María camina más que antes, redujo sus actividades físicas vigorosas, durante *Meta* → *Salud* y tres meses después de haber concluido el programa, asistía a zumba en el parque cerca de su casa, pero estas clases ya no se ofrecen en su colonia, lo cual le ha impedido continuar con esa actividad.

En la entrevista semi-estructurada, María mencionó que durante y después del programa de *Meta* → *Salud* redujo las porciones que consume de soda regular, tanto ella como su familia, y aunque no ha abandonado su consumo, ahora es más consciente de la frecuencia en la que consume esta bebida.

Las otras tres mujeres que se encuentran en el grupo de casos favorables, mostraron una constante de cambio, ya sea en sus datos antropométricos, de alimentación o de actividad física. Por ejemplo Cristina -quien fue el caso más favorable de la selección que hicimos-, cambió el tipo de leche que consumen ella y su familia por una opción con menos grasa, incrementó su consumo de verduras. Cristina camina más que antes, aunque al entrar a la escuela a estudiar y pasar largas horas fuera de casa tiene que comer en la calle donde no se ofrecen alternativas saludables, además, permanece más tiempo sentada, comentó que llega agotada mental y físicamente como para hacer actividades físicas; aunque en ocasiones realiza ejercicios aeróbicos en casa, disminuyó su actividad vigorosa y moderada desde que concluyó *Meta → Salud*.

Pati, es otra de las mujeres que se encontraba en el grupo de casos favorables, ella disminuyó sus medidas de cintura y aumentó los días que le dedica a caminar en la semana, al igual que María, también lleva a sus hijos a la escuela caminando y dejó de asistir a clases de zumba porque ya no se ofrecen cerca de su casa. Algo interesante del caso de Pati es que en la entrevista semi-estructurada mencionó que desde que terminó el programa de *Meta → Salud* dedica más tiempo para ella misma, sale a platicar con sus vecinas o se toma un tiempo para compartir con su pareja, lo cual le ayuda a cuidar su salud emocional.

También, Pati mencionó que durante el tiempo de *Meta → Salud* dejó de comer alimentos procesados o en la calle, pero entró a trabajar y eso cambió; la falta de tiempo se convirtió en un obstáculo y las prisas que representa tener una hora para comer o alimentarse en la oficina, llegar a su casa y ayudar a sus hijos con tareas, además de las labores domésticas que realiza.

Mileva, por su parte, también se encuentra en el grupo de casos favorables, ella disminuyó su peso y su cintura y agregó una porción más de fruta a la semana. Mileva también mencionó en la entrevista que después del programa de *Meta → Salud* cuida más su salud emocional, trata de siempre pensar positivo y que no le afecten las adversidades que pueda estar pasando en su vida cotidiana, como la separación de su pareja o el dinero, su estrategia es poner música para distraerse y no pensar negativamente.

Así pues, se puede ver que las cargas de trabajo y el cambio en las dinámicas laborales son un gran impedimento para que las mujeres continúen con su buena alimentación y actividad física, además de la falta de opciones saludables en la calle, el reparto equitativo de labores domésticas con todos los integrantes de la familia y la falta de espacios de mujeres para realizar actividades físicas como zumba en las colonias.

De las cinco mujeres que se encontraban en el grupo de casos no favorables, dos de ellas lograron cambiar sus datos antropométricos y de alimentación, aumentaron su consumo de verduras y frutas, disminuyeron las grasas de su dieta y cuidan su salud y la de su familia. En el caso particular de Celia, llama la atención que tuvo un diagnóstico de diabetes después de concluir el programa de *Meta → Salud*, lo que provocó que ella incluyera más verdura y fruta a su alimentación, menos grasas, azúcares o alimentos procesados, cambió el tipo de aceite con el que cocina por una opción más saludable, lo que trajo como consecuencia una disminución en su peso, circunferencia de cintura y cadera.

Celia mencionó que lo que aprendió en *Meta → Salud* le ha sido útil para cambiar hábitos de alimentación, por ejemplo, ahora lee las etiquetas de los alimentos, incluye más verdura a sus

comidas y consume menos azúcares. Respecto a la actividad física mencionó haber disminuido su frecuencia porque hacía rutinas de bicicleta en casa y se lastimó la rodilla, además, los problemas de inseguridad que tiene su colonia le impiden salir a caminar, pero dijo que retomará el uso de la bicicleta.

A diferencia de Celia, Abril no tiene un diagnóstico de diabetes, pero sí de VPH (Virus del Papiloma Humano), después del programa empezó a disminuir su consumo de grasas, especialmente el aceite y los alimentos fritos, ahora come más verdura y trata de incluirla en la alimentación de su familia, agregó una porción más de fruta que consume a la semana, camina más que antes ya que lo hace cuando va a su trabajo seis días de la semana.

Abril disminuyó su actividad física vigorosa debido al cambio en los horarios de las clases de zumba en el parque de su colonia. Las labores domésticas que realiza, sus horas de descanso y sus responsabilidades en el cuidado de sus hijos le impiden retomar el ejercicio aunque es consciente de los beneficios que la actividad física tiene para ella y por ese motivo decide caminar a su trabajo diariamente.

Como se ve, recibir un diagnóstico de un padecimiento o enfermedad hizo a estas dos mujeres cambiar sus hábitos alimenticios; el reto entonces, para *Meta* → *Salud* y para otros programas de prevención y promoción es reforzar el conocimiento y la auto-consciencia del cuidado y auto-cuidado de la salud antes de padecer una enfermedad.

En otros casos, Ofelia no ha recibido algún diagnóstico de enfermedad, sin embargo, ha disminuido su consumo de soda regular y ha disminuido su peso, además, incrementó sus actividades físicas moderadas debido al trabajo que realiza como empleada doméstica y cuidadora

de niños pequeños, ella también mencionó la inseguridad en su colonia como un obstáculo para salir a caminar.

Vanesa, por su parte, incrementó su consumo de verduras a la semana, disminuyó sus medidas de cadera y mantuvo los días que dedica a caminar. Mencionó que a partir de *Meta → Salud* sale a caminar con una amiga, lo que le ayuda a despejar su mente y tranquilizarse, además también incorpora esta actividad a su vida cotidiana porque va a dejar a su nieta a la escuela y regresa caminando un largo tramo.

Por último, Lucía cambió el tipo de aceite con el que cocina, disminuyó su consumo de soda regular y aumentó su actividad física moderada principalmente en sus actividades domésticas; mencionó que en ocasiones va a caminar con su pareja, sin embargo, hay poca disposición de su familia para dividirse las labores domésticas para que ella tenga más tiempo para sí misma.

Al analizar estos casos, se nota una consciencia sobre el cuidado y bienestar de la salud emocional que adquirieron después de concluir *Meta → Salud*.

Así pues, las diez mujeres que seleccionamos de *Meta → Salud* enfrentan retos que en ocasiones obstaculizan el cuidado a su salud: las dinámicas y relaciones de género que se traducen en arduas jornadas laborales y las relaciones sociales que se establecen a nivel familiar respecto a la incorporación de la alimentación saludable y la actividad física.

A nivel de política pública, debe existir una regulación para lograr establecimientos que ofrezcan opciones de alimentos saludables para la población trabajadora, fomentar la cultura del cuidado a la salud y el gusto por la alimentación saludable, así como implementar programas de actividad física en las colonias con libre acceso para todas y todos.

Es importante aclarar que existen vacíos respecto a los recursos que tienen las mujeres para el cuidado a su salud: no existen programas de promoción de la salud, de prevención secundaria, ni espacios de interacción de las mujeres. Podemos decir que nos encontramos en una cultura que continúa ejerciendo poder sobre las actividades laborales de las mujeres en su doble jornada (doméstica y laboral), propiciando así, desigualdades de género.

En el siguiente y último apartado de esta investigación se hará una reflexión final respecto a los resultados, así como una serie de recomendaciones para mejorar programas de prevención y promoción de la salud con atención en la experiencia que nos proporcionaron las mujeres.

Conclusiones

El objetivo principal de este trabajo consiste en conocer qué ha pasado con algunas de las mujeres que concluyeron el programa de *Meta → Salud* (2011-2012), después de tres y cuatro años. La intención es saber qué hicieron estas mujeres para mantener o cambiar prácticas de alimentación y actividad física, así como los obstáculos y facilitadores que enfrentaron como mujeres⁴⁹.

En términos generales, el análisis de este trabajo reveló que las mujeres participantes de *Meta → Salud*, reconocen la importancia que tiene el cuidado y auto-cuidado de la salud como parte esencial de la vida y el bienestar individual y familiar.

Se hizo una selección de diez mujeres⁵⁰: cinco de ellas obtuvieron resultados favorables en la evaluación de *Meta → Salud* durante 2011 y 2012; otras cinco que no tuvieron resultados favorables. A estas diez mujeres, se les aplicaron los mismos instrumentos de medición que se utilizaron en la evaluación de *Meta → Salud*, consistentes en la toma de medidas antropométricas (talla, peso, cintura y cadera), y un cuestionario sobre estilos de vida.

⁴⁹ Es decir, en los resultados de esta investigación, salieron a relucir repetidamente los factores de género como determinantes en el cuidado y auto-cuidado de su salud y de sus familias.

⁵⁰ Los criterios para incluir a las participantes en alguno de los dos grupos se encuentra especificado en el Capítulo 3. Un acercamiento metodológico, apartado 3.2.1 La selección de las participantes

Para cumplir con el objetivo de la investigación, era necesario conocer la influencia del programa en sus prácticas de alimentación y actividad física después de tres y cuatro años de haber finalizado el programa. Por ello, se compararon los resultados que las participantes obtuvieron en la última evaluación de *Meta →Salud*, con los que se levantaron para esta investigación (véase capítulo 4).

La entrevista semi-estructurada, se aplicó con el objetivo de conocer, desde su voz y experiencia, los obstáculos y facilitadores que han enfrentado en el cuidado y auto-cuidado de la salud, y cómo se han apropiado del conocimiento y aprendizaje que obtuvieron en *Meta →Salud*.

Con base en los resultados que se obtuvieron en el análisis de las entrevistas, -los cuales se encuentran en el Capítulo 5, es posible concluir que la metodología del programa *Meta →Salud*, brinda a las mujeres un aprendizaje significativo en el cuidado y auto-cuidado de la salud. A través de su discurso respecto a sus prácticas de alimentación y actividad física, las mujeres expresan cómo lo han incorporado en su vida cotidiana, a pesar de que están influidas por elementos socioculturales, tales como las dinámicas y relaciones de género que establecen con los integrantes de su familia.

Obstáculos en el cuidado a la salud

Como se ha descrito en el Capítulo 5, uno de los mayores obstáculos que las mujeres expresaron enfrentar, en cuanto al cuidado y auto-cuidado de la salud fue la falta de tiempo. Las labores cotidianas en el hogar, su empleo formal o informal, les impide realizar ejercicio fuera de casa, sumado a que después de una ardua jornada laboral continúan con el cuidado de los integrantes de su familia, ya sea en la preparación de los alimentos o con las tareas escolares de sus hijos.

Las responsabilidades del hogar, adjudicadas totalmente a las mujeres, y su doble jornada laboral (véase página 155-156), se presentan como un obstáculo en el cuidado de su propia salud. Los significados atribuidos a estas prácticas socialmente asumidas, les hace sentir satisfacción, con lo que se refuerza el concepto de sincretismo de género que señala Lagarde respecto al sentido que otorgan las mujeres al cuidado de los otros por una parte, y al desarrollo personal y profesional por el otro (2003, 157).

Las mujeres de *Meta* → *Salud* se encuentran inmersas en el sincretismo de género al aceptar su condición como madres cuidadoras, aunado a largas jornadas que terminan en cansancio físico y mental.

Otro obstáculo que destaca para que estas mujeres realicen actividad física, es la inseguridad en las colonias que habitan, pues ellas sienten que como mujeres tienen un alto riesgo de sufrir algún tipo de violencia física o verbal al salir a los espacios públicos a ejercitarse; esto es

una barrera para que puedan transitar libremente en la calle al salir a caminar o apropiarse de espacios que las mantengan físicamente activas, como los parques. Las mujeres expresaron haber vivido y sufrido acoso por parte de jóvenes que toman los parques como punto de reunión para realizar otras actividades, no precisamente ejercicio, según relatan las mujeres entrevistadas.

El cansancio físico debido a las jornadas laborales y domésticas, la falta de tiempo y la percepción de inseguridad que viven las mujeres son obstáculos que les impiden realizar actividades físicas y, por lo tanto, mantener y cuidar su salud. Estos fenómenos están permeados por su condición de género, algunas de ellas tienen que esperar a su pareja para que las acompañe y se sientan seguras, la mayor limitante que esto implica es que dependen de las motivaciones de los otros, de sus tiempos y sus decisiones, o sea, si ellos deciden no ir ellas tampoco lo hacen.

Las mujeres también dijeron sentir pena por su cuerpo, esto es, la estética, que socialmente se impone a la mujer, hace que se idealicen los cuerpos delgados, instaurando estereotipos de belleza que dañan la salud física y emocional de las mujeres; en este caso en particular, esta idea de la belleza, se constituye como un obstáculo para hacer ejercicio fuera de casa.

Respecto a la alimentación, ellas expresaron como un obstáculo las construcciones culturales acerca de la comida, es decir, el gusto por ciertos alimentos o sabores son inculcados desde la niñez, por ejemplo, el sabor de la sal o bebidas azucaradas como la soda; ellas aprendieron a cocinar viendo a sus mamás o abuelas usar mucha grasa como manteca o aceite, por lo que es difícil volver a construir el gusto por alimentos con menos sal o azúcar. Algo que llama la atención

es que una de ellas mencionó que consumir refresco es como un “vicio” para ella, de lo que entiendo, que se debe a su auto reflexión sobre los efectos dañinos de consumir refresco.

La comida fuera de casa representa para ellas salir de la rutina del hogar, las hace convivir más con su familia y como distracción de sus jornadas laborales y domésticas. La alimentación se percibe entonces, como un recurso de cohesión familiar y como un premio para todos los integrantes del grupo familiar los fines de semana, sin embargo, ellas expresaron estar conscientes de que la comida fuera de casa, ya sea en restaurantes o carretas, no es saludable, esto evidencia un aprendizaje sobre el consumo de grasas y azúcares (véase página 161).

Otro obstáculo lo constituye el precio de los alimentos, algunas mujeres piensan en los productos más baratos para hacer las compras. Para ellas algunos alimentos saludables son poco accesibles para su economía. No obstante, expresaron que el conocimiento que adquirieron en *Meta → Salud* les ayudó a utilizar menores cantidades de grasas como una práctica de cuidado (véase página 150).

Facilitadores en el cuidado a la salud

Respecto a los elementos facilitadores para el cuidado a la salud, las mujeres expresaron que el programa de *Meta → Salud* las ayuda a tomar decisiones conscientes, es decir, a leer las etiquetas de los alimentos, y basadas en ello, elegirlos. Pero sobre todo, el programa las hace preocuparse

por su salud. Si bien uno de los obstáculos es la economía, gracias al aprendizaje y la información que recibieron ahora cuidan sus porciones, agregan más fruta y verdura a su alimentación y utilizan estrategias para que su familia se alimente mejor (véase página 147-148).

Ellas compran y preparan los alimentos, lo que les facilita vigilar el contenido de sal, sodio, azúcar y grasas que tienen sus comidas, lo que deriva en prácticas de cuidado a la salud y prevención de enfermedades futuras en ellas y sus familias.

Respecto a la actividad física, algunas mujeres indicaron que la información que recibieron en el programa de *Meta → Salud* les sirvió para concientizarse y buscar la manera de hacer ejercicios en casa a través de rutinas de zumba o ejercicio que encuentran en plataformas de Internet como YouTube, o en CD's. Algunas de ellas incorporaron a su vida cotidiana un poco de actividad física cuando llevan y recogen a sus hijos e hijas a la escuela caminando.

Las participantes dijeron conocer los beneficios y la importancia que la actividad física tiene en su salud y hablaron del bienestar físico y emocional que les proporciona; en consecuencia, ellas intentan incorporar ejercicios livianos a su rutina diaria, como caminar. Algunas de ellas se beneficiaban con los programas de zumba que el Ayuntamiento Municipal implementaba en las colonias. Dicho programa municipal era parte de las acciones que desarrollaba la dirección de Desarrollo Social Municipal, sin embargo, y como hemos visto en la bibliografía consultada, no hay seguimiento, por lo tanto, es fácil inferir que hay un déficit y/o falta de interés por mejorar la salud de la población (véase página 44).

Identidad de género y prácticas de auto-cuidado

Las prácticas de auto-cuidado que tienen las mujeres, a través de la alimentación y la actividad física, están permeadas por significados que se atribuyen a roles tradicionales de género.

Desde el enfoque feminista, el auto-cuidado de la salud de las mujeres se ve influenciado por las dinámicas y diferencias de género. Por ejemplo, el miedo que sienten de sufrir violencia física y verbal en la calle las limita en sus prácticas de auto-cuidado, pues deben estar acompañadas de sus parejas para sentirse seguras y hacer actividad física. Este tipo de limitaciones orilla a estas mujeres a buscar estrategias de auto-cuidado, desarrollar su empoderamiento y su capacidad de agencia.

Las nuevas estrategias que utilizan para el cuidado de su salud y la de sus familias, las mujeres las atribuyen a la información que recibieron en *Meta* → *Salud* sobre otras formas de cuidado. Ellas expresaron que después del programa fueron capaces de desarrollar habilidades que les permiten, en algunas ocasiones, compartir las responsabilidades del hogar –entre ellas la alimentación-; si bien, las tareas no son divididas equitativamente, ellas mencionaron que, al menos no todas las labores domésticas las hacen ellas completamente.

La capacidad de agencia de las mujeres se ha desarrollado después de haber finalizado el programa, han sido capaces de expresar a su familia el cansancio que sienten por las dobles

jornadas que realizan y han podido insistir en la responsabilidad compartida de todos los habitantes de su hogar, en especial de su pareja.

Estas decisiones las ha hecho más conscientes de su sentir y actuar, respecto a su salud física y mental. Ahora buscan formas de relajarse y tomarse un tiempo para sí mismas, ya sea para disfrutar momentos con su pareja o platicar con sus amistades y vecinas. Todas estas prácticas se relacionan con lo que Arango define como empoderamiento: “la capacidad de las mujeres de incrementar su propia auto-confianza y su fuerza interna. Esto se identifica como el derecho a determinar sus opciones de vida, a través de la habilidad para obtener el control del cambio sobre los recursos materiales y no materiales” (2007, 112).

La información aquí expuesta nos brinda una serie de elementos socioculturales que se relaciona con la vida y la salud de algunas mujeres quienes fueron participantes del programa de *Meta → Salud*.

Contactarlas tres y cuatro años después para conocer la experiencia de las mujeres entrevistadas desde su propia voz, permite hacer una serie de recomendaciones en dos sentidos: lo que esta información representa para el programa de *Meta → Salud*; y sugerencias para futuras investigaciones que se interesen en el seguimiento cualitativo de los programas de prevención y promoción de la salud.

Recomendaciones

La prevención y promoción de la salud con enfoque de género representa un desafío para la salud pública en nuestro país, ya que las mujeres son quienes mayormente reciben los programas de promoción y prevención, aunque también son ellas quienes presentan mayor incidencia de diabetes *mellitus*, sobrepeso y obesidad en México y Sonora.

Ante ello, deben cumplirse las obligaciones del marco normativo mexicano dentro de las responsabilidades en todos los niveles políticos, federales, estatales y locales, los cuales deberán centrarse en:

- 1) Establecer mecanismos efectivos de regulación de la industria de alimentos y bebidas respecto al etiquetado de los alimentos, su calidad, la distribución y el acceso de comida saludable para que sea alcanzable para todas las personas sin importar su clase social.
- 2) Facilitar el acceso a recursos suficientes de esparcimiento y recreación que sean seguros y que posibilite las actividades físicas.
- 3) Promover y transversalizar los programas de prevención y promoción de la salud desde la perspectiva de género y con enfoque participativo para el cambio de comportamiento.
- 4) Capacitar al personal de los servicios de salud en perspectiva de género y promoción de la salud desde un enfoque participativo para el cambio de comportamiento. Dar seguimiento y evaluar los programas de promoción de la salud para que sean efectivos y eficaces
- 5) Fomentar la investigación de procesos socioculturales respecto a las enfermedades crónicas.

En el aspecto teórico-conceptual, es importante señalar la importancia de los estudios multidisciplinares para abordar el fenómeno de las ECNT, especialmente desde las ciencias sociales y la epidemiología sociocultural, ya que son pocos los estudios que articulan la perspectiva de género y las enfermedades crónicas. De toda la bibliografía que revisamos, sólo un par de artículos se refirieron específicamente a las enfermedades crónicas desde la perspectiva de género como elemento sociocultural, como Ledón, 2011.

Y por último, en cuanto al programa de *Meta → Salud*, así como a otros programas de promoción, es importante: reforzar el enfoque de género respecto a la responsabilidad compartida sobre la salud y las labores domésticas de los miembros del hogar, así como deshacer las nociones sobre la triada mujer-madre-cuidadora, que tienen las mujeres y que obstaculizan su auto-cuidado.

A lo largo de las entrevistas se observó que para las participantes fue difícil continuar con las buenas prácticas de salud cuando se suscitaron cambios en sus dinámicas familiares y laborales. Por lo tanto, uno de los grandes retos para *Meta → Salud* y otros programas de promoción, es prestar mayor atención en este aspecto, para que las participantes puedan adaptar la información aprendida a sus nuevas circunstancias.

Para finalizar, cabe resaltar que han surgido otros temas a partir del análisis revisado, como por ejemplo, la necesidad de incrementar la participación comunitaria y la apropiación de espacios para realizar actividades físicas. En este trabajo no se encontró un aprendizaje significativo en este tema, pero puede, y debe, ser objeto de análisis para futuras investigaciones en el área de la promoción de la salud y las enfermedades crónicas.

Bibliografía

- Abellán, Antonio. 2003. Percepción del estado de salud. *Revista Multidisciplinar Gerontología* 13 (5): 340-342.
- Amesty, Silvia C. 2003. Barriers to physical activity in the hispanic community. *Journal of Public Health Policy* 24 (1): 41-58.
- Arango Panesso, Yolanda. 2007. Autocuidado, género y desarrollo humano: hacia una dimensión ética de la salud de las mujeres. *La manzana de la discordia* 2 (4): 107-115.
- Arenas, Monreal, Luz, Maricela Piña Pozas y Héctor Gómez Dantés. 2014. Aportes y desafíos del enfoque de género en el estudio de las enfermedades transmitidas por vector. *Salud Pública de México* 57 (1): 66-75.
- Arroyo, Pedro. 2008. La alimentación en la evolución del hombre. *Nutrición hoy*, (4): 8-10.
- Asakura, Hiroko. 2004. ¿Ya superamos el "género"? Orden simbólico e identidad femenina. *Estudios Sociológicos* 23 (66): 719-743.
- Barquera, Simón y Lizbeth Tolentino. 2005. Geografía de las enfermedades asociadas con la nutrición en México: una perspectiva de transición epidemiológica. *Papeles de Población* 11 (43): 133-149.
- Barquera, Simón, Ismael Campos Nonato, Lucía Hernández Barrera, Andrea Pedroza Tobías y Juan Rivera Donmarco. 2013. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. *Salud Pública de México* 55 (supl 2): 151-160.
- Barquera, Simón, Ismael Campos Nonato, Lucía Hernández Barrera, Salvador Villalpando, César Rodríguez Gilabert, Ramón Durazo Arvizu y Carlos A. Aguilar Salinas. 2010. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. *Salud Pública de México* 52 (supl 1): s63-71.

- Barquera, Simón, Juan Rivera Dommarco y Alejandra Gasca García. 2001. Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Pública de México*, 43 (5): 464-477.
- Barquera, Simón. 2007. Obesidad, actividad física, indicadores antropométricos de riesgo y enfermedades crónicas. *Salud Pública de México* 49 (ES): 1-2.
- Batthyány, Karina, Lorena Asesina y Nicolás Brunet. 2007. Género y cuidados familiares, ¿quién se hace cargo del cuidado y la atención de los adultos mayores en Montevideo? Uruguay: CSIC UDELAR, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología
- Beck, Ulrich. 2007. Teoría de la sociedad del riesgo. En *Las consecuencias perversas de la modernidad*, compilado por Jostxo Beriain. Barcelona: Anthropos: 201-222.
- Beltrán Vilá, Miriam. 2009. Alimentación y cultura en la Ciudad de México: análisis macro y microsocioal. XII Congreso Español de Sociología de la Alimentación. Gijón.
- Benítez Ampudia, José Carlos. 2010. Calidad y condiciones de vida como determinante de la salud y la enfermedad. Una propuesta para la Antropología médica. *Gazeta de Antropología*, 26 (2): 1-8.
- Berenzon, Shoshana, María Asunción Lara, Rebeca Robles y María Elena Medina Mora. 2013. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México* 55(1): 74-80.
- Berenzon, Shoshana, Nayelhi Solano y Sarahí Alanís Navarro. 2008. Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social. *Salud Pública de México* 51 (6): 474-481.
- Bertran, Miriam. 2006. Significados socioculturales de la alimentación en la ciudad de México. En *Antropología y nutrición*, editado por Miriam Bertran y Pedro Arroyo, 222-35. México, D.F. Fundación Mexicana para la Salud y Universidad Autónoma Metropolitana.
- Bourdieu, Pierre. 2007. *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores

- Campos-Nonato, Ismael, Lucía Hernández Barrera, Rosalba Rojas Martínez, Andrea Pedroza Tobías, Catalina Medina García y Simón Barquera. 2013. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Salud Pública de México*, 55 (supl 2): 144-150.
- Carrasco Henríquez, Noelia. 2006. Desarrollos de la antropología de la alimentación en América Latina: hacia el estudio de los problemas alimentarios contemporáneos. *Estudios Sociales* 16 (30) 81-101.
- Casares García, Esther. 2008. La función de la mujer en la familia, principales enfoques teóricos. *Aposta*, 36: 1-21.
- Castro, Roberto. 2011. En Teoría social y salud. México D.F. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias CRIM y la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM.
- _____. Ciencias sociales y salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales. En Teoría social y salud. México D.F. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias CRIM y la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM. pp. 21-39.
- , 2011. Dificultad en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud. En Teoría social y salud. México D.F. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias CRIM y la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM. pp. 147-163
- , 2011. La mirada de la fenomenología sociológica en salud. En Teoría social y salud. México D.F. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias CRIM y la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM. pp. 93-108.
- , 2011. Los determinantes sociales de la salud-enfermedad: tres aproximaciones al tema para una epidemiología sociocultural. En Teoría social y salud. México D.F. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias CRIM y la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM. 41-58

- , 2011. Teoría social y salud. México D.F. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinares CRIM y la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM.
- Chapela Mendoza, María del Consuelo. 2007. Promoción de la salud, un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En *Temas y desafíos en salud colectiva*, editado por Edgar C. Jarillo Soto y Enrique Guinsberg, 347-73. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Comisión Federal para la Protección y Riesgos Sanitarios COFEPRIS. 2017. <http://www.cofepris.gob.mx/Paginas/Inicio.aspx>
- Consejo Nacional de Población CONAPO. 2014. Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030 Sonora. Distrito Federal.
- Conway, Jill K, Susan C. Bourque y Joan W. Scott. 2013. El concepto de género. En *El género, la construcción cultural de la diferencia sexual*, compilado por Marta Lamas, 21-33. México: Programa Universitario de Estudios de Género PUEG, UNAM, Porrúa
- Córdova Villalobos, José Ángel, Jorge Armando Barriguete Meléndez, Agustín Lara Esqueda, Simón Barquera, Martín Rosas Peralta, Mauricio Hernández Ávila, María Eugenia de León May y Carlos A Aguilar Salinas. 2008. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*, 50 (5): 419-423.
- Cornejo, Elsa, Catalina A. Denman, Samantha Sabo, Jill de Zapién y Cecilia Rosales. 2011. Scoping review of Community Health Worker/*Promotora*-Based Chronic Disease Primary Prevention Programs on the U.S.-Mexico Border. El Colegio de Sonora: Hermosillo.
- Denman Catalina A. y Jesús Armando Haro. 2000. Introducción: Trayectorias y desvaríos de los métodos cualitativos en la investigación social. En *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Idem. 9-55. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- , 2010. Elementos para el análisis de la salud positiva y las prácticas de cuidado desde la epidemiología sociocultural. Seminario Permanente de Antropología Médica. CIESAS, D.F.

- . “Prevención primaria de enfermedades crónicas en un modelo comunitario: ¿dónde queda lo sociocultural?”. Seminario Permanente de Antropología Médica. CIESAS.
- Denman Champion, Catalina, Cecilia Rosales, Elsa Cornejo, Melanie L. Bell, Diana Munguía, Tanyha Zepeda, Scott Carvajal y Jill Guernsey de Zapien. 2014. Evaluation of the community-based chronic disease prevention program Meta Salud in Northern Mexico, 2011-2012. *Preventing chronic disease, public health research, practice, and policy*. 11, (1).
- Denman Champion, Catalina, Melanie Bell, Elsa Cornejo, Jill Guernsey de Zapien, Scott Carvajal y Cecilia Rosales. 2015. Changes in health behaviors and self-rated health of participants in Meta Salud: a primary prevention intervention of NCD in Mexico. *Global Heart*. 10 (1): 55-61.
- Denzin, Norman K. 2001. The reflexive interview and a performative social science. *Qualitative research* 1(1): 23-46.
- Diez Roux, Ana Victoria y Gerardo Álvarez Hernández. 2011. La necesidad de un enfoque multinivel en epidemiología: desafíos conceptuales y metodológicos. En *Epidemiología sociocultural, un diálogo entorno a su sentido, métodos y alcances*, organizado por Jesús Armando Haro, 67-87. Buenos Aires: Lugar editorial, El Colegio de Sonora.
- Esteban, Mari Luz. 2003. Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. En, Congreso Internacional cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado, Instituto vasco de la mujer y Comunidad Europea Fondo Social Europeo.
- Farfán, Rafael. 2009. La sociología comprensiva como un capítulo de la historia de la sociología. *Sociológica*. 24 (70): 203-214.
- Figuerola Perea, Juan Guillermo. 2005. Algunas reflexiones sobre las dimensiones éticas de la investigación social sobre salud. En *Críticas e atuantes: Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*, organizado por Maria Cecilia de Souza Minayo y Carlos E.A Coimbra Jr, 61-78. Río de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

- Garrido Latorre, Francisco y Sergio López Moreno. 2011. Evaluación de los programas y servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 53 (s4): 399-401.
- González Chávez, Humberto y Alejandra Macías Macías. 2007. Vulnerabilidad alimentaria y política agroalimentaria en México. *Desacatos* 25: 47-78.
- González de León, Deyanira, Miriam Bertran, Addis Abeda Salinas, Pilar Torre, Fernanda Mora y Sara Elena Pérez-Gil. 2009. La epidemia de obesidad y mujeres. *Género y salud en cifras*, 7 (1): 17-31.
- Gracia Arnaiz, Mabel. 2007. Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública de México*, 49 (3):236-242.
- Guba Egon G. e Yvonna S. Lincoln. 2000. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*, compilado por Catalina A. Denman y Jesús Armando Haro, 113-146. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Gutiérrez, Delgado, Cristina, Verónica Guajardo Barrón y Fernando Álvarez Del Río. 2013. Costo de la obesidad: las fallas del mercado y las políticas públicas de prevención y control de la obesidad en México. En *Obesidad en México, recomendaciones para una política de Estado*, coordinado por Juan Ángel Rivera Donmarco, Mauricio Hernández Ávila, Carlos A. Aguilar Salinas, Felipe Vadillo Ortega y Ciro Murayama Rendón, 348-359. Distrito Federal: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Haro, Jesús Armando. 2000. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En *Medicina y cultura, estudios entre la antropología y la medicina*, por Enrique Perdiguero y Josep M. Comelles, 101-61. España: bellaterra
- . 2011. Ejes de discusión en la propuesta de una epidemiología sociocultural. En *Epidemiología Sociocultural, un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*, por Idem, 9-32. Hermosillo: Lugar editorial.

- Hernández Ávila, Mauricio, Juan Pablo Gutiérrez y Nancy Reynoso Noverón. 2013. Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública de México*, 5 (s2):129-136
- Hernández Romero, Yasmín y Raúl Vicente Galindo Sosa. 2007. El concepto de intersubjetividad de Alfred Schutz. *Espacios públicos*, 10 (20): 228-240.
- Herrera Santi, Patricia. 2000. Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (6): 568-73.
- Hersch Martínez, Paul. 2013. Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública de México*, 55(5): 512-18.
- Ingram, Maia, Rosalinda Piper, Susan Kunz, Cecilia Navarro, Alicia Sander y Sylvia Gastelum. 2012. *Salud Sí*, a case study for the use of participatory evaluation in creating effective and sustainable community-based health promotion. *Family and Community Health*, 35 (2): 130-138.
- Instituto Nacional de Salud Pública. 2000. Encuesta Nacional de Salud.
 -----, 2006. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
 -----, 2012. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
- Jiménez Corona, Aída, Carlos A Aguilar Salinas, Rosalba Rojas Martínez y Mauricio Hernández Ávila. 2013. Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Salud Pública de México*, 5 (s2): 137-143.
- Lagarde, Marcela. 2003. Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. En Congreso Internacional SARE 2003, “cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado”. Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea Fondo Social Europeo.
- Lamas, Marta (compiladora). 2013. El género, la construcción cultural de la diferencia sexual. México: Programa Universitario de Estudios de Género PUEG, UNAM, Porrúa.
 -----, 2010. Diferencias de sexo y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7 (18): 1-24.

- , 2013. La antropología feminista y la categoría género. En idem, 97-125. México: Programa Universitario de Estudios de Género PUEG, UNAM, Porrúa.
- Ledón Llanes, Loraine. 2011. Articulación entre las categorías cuerpo, género y enfermedad crónica desde diferentes experiencias de salud. *Revista cubana de salud pública*, 37 (3): 324-337.
- Livi-Bacci, Massimo. 1994. Notas sobre la transición demográfica en Europa y América Latina. En ABEP-CELADE- IUSSP-PROLAP-SOMEDE, La transición demográfica en América Latina y el Caribe, IV Conferencia Latinoamericana de Población Volumen I, primera parte: 13-28.
- Lopes Patarra, Neide. 1973. Transición demográfica: ¿resumen histórico o teoría de población?. *Demografía y Economía*, 7(1): 86-95.
- Lozano A. Rafael y Héctor Gómez Dantés. 2014. Carga de la enfermedad de las mujeres en México. En *La mujer y la salud en México*, editado por Teresa Corona Vázquez, María Elena Medina Mora, Patricia Ostrosky Wegman, Elsa Josefina Sarti Gutiérrez y Patricia Uribe Zúñiga, 45-55. Distrito Federal: Academia Nacional de Medicina.
- Medina, Daniela. 2015. La estrategia federal contra la obesidad fracasó y ganaron las empresas, acusan ONGs. *Sin embargo*. 16 de abril. <http://www.sinembargo.mx/16-04-2015/1314135>
- Mejía Arauz Rebeca. 2003. Combinación estratégica: investigación sociocultural cualitativa-cuantitativa. *Nómadas* 18, 20-27.
- Meléndez, Torres, Juana María y Glora María Cañez de la Fuente. 2010. La cocina tradicional regional como un elemento de identidad y desarrollo local. El caso de San Pedro El Saucito, Sonora, México. *Estudios Sociales* (ES): 181-204.
- Menéndez, Eduardo L. 2001. De la reflexión metodológica a las prácticas de investigación. *Relaciones* XXII (88): 121-63.

- . 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Salud Colectiva*. 8 (1): 185-207.
- . 2008. Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y Sociedad*. 20 (especial 2): 5-50.
- Minayo, María Cecilia. 2002. Líneas de pensamiento en la investigación (médico) social. En *Paradigmas y diseños de investigación cualitativa en Salud. Una antología Iberoamericana*, compilado por Francisco J. Mercado, Denise Gastaldo y Carlos Calderón, Universidad de Guadalajara.
- Montero Rojas, Eiliana. 2004. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. *Población y salud en Mesoamérica*, 1 (2): 1-17.
- Olaz, Fabian O, 2001. Teoría social cognitiva de la auto eficiencia. Contribuciones a la explicación del comportamiento vocacional. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Omran, Abdel R. 2005. A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly*, 83 (4): 731-57.
- Organización Mundial de la Salud. 2004. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra.
- . 2006. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York.
- . 2010. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Suiza.
- . 2012. Enfermedades crónicas http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/ (25 de marzo de 2016).
- . 2014. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/> (10 de agosto de 2016).
- . 2015. El derecho a la Salud. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- . 2017. Enfermedades Crónicas. http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

- Palacios Anselmo, Durán Maritza y Oswaldo Obregón. 2012. Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo* 10 (1): 34-40.
- Palacios-Espinosa, Ximena y Maria H. Restrepo-Espinosa. 2008. Aspectos conceptuales e históricos de sentido de coherencia propuesto por Antonovsky: ¿una alternativa para abordar el tema de la salud mental?. *Informes psicológicos*. 10 (11). 275-300.
- Patton Quinn, Michael. 2002. *Qualitative research and evaluation methods*. London: Sage Publications.
- Pérez-Gil Romo, Sara Elena y Silvia Díez-Urdanivia Coria. 2007. Estudios sobre alimentación y nutrición en México. Una mirada a través del género. *Salud Pública de México*, 49 (6): 445-453.
- Pérez-Gil Romo, Sara Elena. 2006. Percepciones y prácticas alimentarias de un grupo de mujeres en el México rural. En *Antropología y nutrición*, editado por Miriam Bertran y Pedro Arroyo, 137-156. México, D.F. Fundación Mexicana para la Salud y Universidad Autónoma Metropolitana.
- , 2009. Cultura alimentaria y obesidad. *Gaceta Médica de México* 145 (5): 392-395.
- Popkin, Barry M. 2004. La transición nutricional y el cambio mundial hacia la obesidad. *Diabetes Voice*. 49 (3): 38-40.
- Prochaska, James O. y John C. Norcross. 2001. Stages of changes. *Psychotherapy*. 38 (4). 443-448.
- Prochaska, James, John Norcross y Carlo Diclemente. 2006. Changing for good. Positive Workplace Alliance.
- Ramírez Mayans, J.A. et al. 2003. Transición alimentaria en México. *Anales de Pediatría*. 58(6):568-573.
- Reyes Castro, Pablo Alejandro, 2013. Informe sobre enfermedades crónicas no transmisibles: el contexto para el programa Meta→Salud, avance de Investigación, El Colegio de Sonora.
- Rivera, Sánchez, Hector Eloy. 2005. ¿El varón como factor de riesgo? Masculinidad y mortalidad por accidentes y otras causas violentas en la sierra de Sonora. *Estudios Sociales* 13 (26): 28-65.

- Rubin, Gayle. 1975. The traffic in women: notes on the political economy of sex. En, *Toward an anthropology of women*, editado por Rayna R. Reiter, 157-210. New York: Monthly Reviews Press.
- Rubio María José y Jesús Vargas. 2004. Los paradigmas de las ciencias sociales. En *El análisis de la realidad en intervención social, métodos y técnicas de investigación*. Idem, 67-84. Madrid: Editorial CCS.
- Rubio-Valera Maria, Pons-Vigués Mariana, Martínez-Andrés María, Moreno-Peral Patricia, Berengera Ana y Ana Fernández. 2014. Barriers and facilitators for implementation of primary prevention and health promotion activities in primary care: a synthesis through meta-ethnography. *Plos One*, 9(2): e89554.
- Ruiz Olabuénaga, José Ignacio. 1999. La entrevista. En *Metodología de la investigación cualitativa*. En Idem, 165-90. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Salazar Ligia. 2004. Evaluación de efectividad en promoción de la salud: Guía de evaluación rápida. Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnologías en Salud Pública, Centro para la Prevención y Control de la Enfermedades y Organización Panamericana de la Salud. Colombia.
- Sánchez Rivas, Héctor Eloy. 2005. ¿El varón como factor de riesgo? Masculinidad y mortalidad por accidentes y otras causas violentas en la sierra de Sonora. *Estudios Sociales* 13 (26): 28-65.
- Sautu Ruth, Boniolo Paula, Dalle Pablo y Rodolfo Elbert. 2005. La construcción del marco teórico en la investigación social. En *Manual de Metodología, construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de metodología*. En Idem, 29-82. Distrito Federal: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO.
- Scott, Joan W. 2013. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En *El género, la construcción cultural de la diferencia sexual*, compilado por Marta Lamas, 265-302. México: Programa Universitario de Estudios de Género PUEG, UNAM, Porrúa.

Secretaría de Salud de México. 2017. Programa Sectorial de Salud.

http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/prosesa.html

Souza Minayo, María Cecilia de. 1995. Etapa de trabajo de campo. En *El desafío del conocimiento*, 91-115. Argentina: Lugar Editorial.

SSA. 2008^a. *Programa de Acción Específico 2007-2012. Riesgo Cardiovascular*. México D.F: Secretaría de Salud.

Staten Lisa K., Cutshaw Christina A., Davidson Christopher, Reinschmidt Kerstin, Stewart Rosie y Denise J. Roe. 2012. Effectiveness of the Pasos Adelante chronic disease prevention and control program in a US-Mexico border community, 2005-2008. *Preventing chronic disease, public health research, practice, and policy*, (9): 1-9.

Uribe Jaramillo, Tulia María. 1999. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y educación en enfermería*, 17 (2): 109-118.

Vargas Jiménez, Ileana. 2012. La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista calidad en educación superior* 3(1): 119-139.

World Health Organization. 1986. Ottawa charter for health promotion.

<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (15 de abril de 2014)

-----, 1991. Sundsvall statement on supportive environments for health.

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/> (15 de abril de 2014).

-----, 1997. Declaración de Yakarta para adaptar la promoción de la salud al siglo XXI.

Aplicación de resoluciones y decisiones. Cuarta conferencia internacional sobre promoción de la salud. Yakarta, Indonesia.

-----, 2016. Global report on diabetes.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf (10 de agosto de
2016).

Índice de Tablas

Tabla 1. Factores de riesgo asociados a las ECNT	29
Tabla 2. Clasificación del índice de masa corporal según la Organización Mundial de la Salud	32
Tabla 3. Grupos que participaron en Meta →Salud por ciclos durante 2011-2012.....	54
Tabla 4. Resultados antropométricos y clínicos de las/os participantes de <i>Meta →Salud</i> al inicio del programa, al concluir y en el seguimiento a tres meses durante 2011-2012 en Hermosillo, Sonora, México	56
Tabla 5. Ejemplificación de tabla de selección de casos para la diferencia en el peso, circunferencia de cintura y cadera y selección de las variables antropométricas	93
Tabla 6. Ejemplificación de tabla de selección en la diferencia de días a la semana en las que realiza actividades físicas vigorosas, actividades físicas moderadas, caminata, diferencia de tiempo que permanece sentada y selección antropométricas.....	94
Tabla 7. Ejemplificación de tabla de selección de casos en la diferencia en el consumo de tipo leche, porciones a la semana de bebidas azucaradas, porciones a la semana en el consumo de soda regular y tipo de aceite para cocinar	95
Tabla 8. Ejemplificación de cambios favorables entre las variables antropométricas, de actividad física y alimentación	96
Tabla 9. Ejemplificación de cambios favorables entre las variables antropométricas, de actividad física y alimentación	97
Tabla 10. Esquema cronológico del trabajo de campo	100
Tabla 11. Descripción general de las diez mujeres de <i>Meta →Salud</i>	143

Índice de Gráficas

Gráfica 1. Prevalencia de diabetes mellitus, en población adulta de 20 años y más en México ..	24
Gráfica 2. Prevalencia de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus en México, 2000, 2006 y 2012	26
Gráfica 3. Prevalencia de diabetes mellitus en Sonora y en México por sexo	27
Gráfica 4. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 20 años y más por sexo en México	33
Gráfica 5. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 20 años y más por sexo en México y Sonora en 2012	36
Gráfica 6. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres de 20 años y más, Sonora y Nacional, 2012.....	37
Gráfica 7. Prevalencia de hipertensión en adultos de 20 años y más por sexo en México.....	39
Gráfica 8. Prevalencia de hipertensión en adultos de 20 años y más, Sonora y Nacional, 2012..	40
Gráfica 9. Consumo de alcohol y tabaco en adultos de 20 años y más por sexo en Sonora 2012	42
Gráfica 10. Mujeres que participaron en Meta→Salud, y que actualmente cuentan con un empleo remunerado	112
Gráfica 11. Tipo de actividad que realizan actualmente las mujeres participantes de Meta→Salud	113
Gráfica 12. Distribución por ingreso mensual familiar aproximado de las diez mujeres seleccionadas.....	114

Gráfica 13. Cambios en el apoyo personal que reciben las mujeres que participaron en Meta→Salud al finalizar la evaluación y actualmente.....	117
Gráfica 14. Cambios en la primera prioridad de las mujeres participantes de Meta→Salud, al finalizar la evaluación y el seguimiento actual	118
Gráfica 15. Cambios en la percepción de salud de las mujeres que participaron en Meta→Salud al finalizar la evaluación y el seguimiento actual	120
Gráfica 16. Porcentaje de días en los que el estado de salud no fue bueno durante el último mes	121
Gráfica 17. Mujeres que cuentan con algún padecimiento	122
Gráfica 18. Porcentaje de seguridad social de las mujeres que participaron en Meta→Salud...	123
<i>Gráfica 19. Índice de masa corporal de las participantes de Meta→Salud al finalizar la evaluación y el seguimiento actual</i> Fuente: Elaboración propia con base en el cuestionario sobre estilos de vida aplicado a las 10 mujeres seleccionadas	125
Gráfica 20. Cambios en el peso al finalizar la evaluación de Meta→Salud y el seguimiento actual de las participantes	126
Gráfica 21. Cambios en la medida de cintura al finalizar la evaluación de Meta→Salud y el seguimiento actual de las participantes.....	127
Gráfica 22. Cambios en la medida de cadera al finalizar la evaluación de Meta→Salud y el seguimiento actual de las participantes.....	128
Gráfica 23. Cambios en los días de actividad física vigorosa al finalizar la evaluación de Meta→Salud y el seguimiento actual	130

Gráfica 24. Cambios en los días de actividad física moderada al finalizar la evaluación de Meta→Salud y el seguimiento actual	131
Gráfica 25. Cambios en los días de caminata al finalizar la evaluación de Meta→Salud y el seguimiento actual	132
Gráfica 26. Cambios en el tiempo en el que la participante está sentada durante el día al finalizar la evaluación de Meta→Salud y el seguimiento actual	133
Gráfica 27. Cambios en el tipo de leche que consumen las participantes al finalizar la evaluación de Meta→Salud y el seguimiento actual.....	134
Gráfica 28. Cambios en el tipo de aceite que utilizan para cocinar las participantes al finalizar la evaluación de Meta→Salud y el seguimiento actual	135
Gráfica 29. Cambios en el consumo de bebidas azucaradas por semana al finalizar la evaluación de Meta→Salud y el seguimiento actual.....	136
Gráfica 30. Cambios en el consumo de soda regular por semana al finalizar la evaluación de Meta→Salud y el seguimiento actual	137
Gráfica 31. Cambios en el consumo de verduras por semana al finalizar la evaluación de Meta →Salud y el seguimiento actual	139
Gráfica 32. Cambios en el consumo de fruta por semana al finalizar la evaluación de Meta →Salud y el seguimiento actual.....	140

Anexos

1. Carta de consentimiento informado para participantes de *Meta →Salud*

Proyecto: *Más allá de la intervención:* experiencias de vida y prácticas de alimentación y actividad física en mujeres participantes de *Meta →Salud*, una intervención comunitaria para la prevención primaria de las enfermedades crónicas.

Este documento tiene por objetivo informar a las y los participantes que tomaron el programa de *Meta →Salud* sobre el estudio de seguimiento que la alumna Karla Tatiana Robles Córdova está realizando como parte de su tesis de maestría en Ciencias Sociales de El Colegio de Sonora, e invitarlas/os a colaborar en él.

El objetivo de este estudio es conocer los factores socioculturales que influyen como obstáculos o facilitadores en el proceso de cambio en la alimentación y actividad física para el cuidado y auto-cuidado de la salud

Para nosotros es muy importante que usted participe en este estudio, sin embargo, usted es libre de decidir participar o no; la participación es completamente voluntaria, incluso, si usted acepta participar y después desea retirarse lo puede hacer sin ningún problema.

¿Quiénes participarán en este estudio?

Para este trabajo, se seleccionaron a 15 personas que estuvieron en *Meta →Salud* durante el periodo 2011-2012. Usted, junto con otras 14 personas, fueron seleccionadas para invitarlas/os a participar en él.

¿Cuál va a ser mi participación y en que va a consistir?

Este trabajo consiste en 2 fases:

-*En la primera*, se le tomarán datos antropométricos como la talla, el peso, la circunferencia de cintura y la circunferencia de la cadera por medio de una báscula y cintra métrica, después, se le aplicará un cuestionario sobre estilos de vida.

-*En la segunda*, la alumna le hará una entrevista, esto puede implicar dos o más visitas.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene para mí?

No existe ningún riesgo ni físico ni psicológico el participar en este estudio. En el momento en el que usted sienta algún riesgo por favor háganoslo saber, usted puede sentirse cansada o incómoda con el levantamiento de datos y le pedimos también nos lo haga saber de inmediato.

¿Obtendré algún beneficio si deseo participar?

El beneficio que usted tendrá, es el contribuir al trabajo de tesis de la alumna y ayudará a mejorar el programa de *Meta* → *Salud* mediante la información que usted nos brinde sobre sus condiciones de la salud desde su voz y experiencia.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados de todo el estudio, y sus resultados personales de datos antropométricos y cuestionario de estilos de vida durante el programa y el que la alumna le aplicará y usted pueda comparar sus resultados.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

Para proteger su confidencialidad y si usted lo desea, se le asignará un número de expediente o elegirá un seudónimo de identificación. Sólo el equipo investigador conformado por Karla Tatiana Robles Córdova como titular de esta investigación y la dirección que está a cargo de la Dra. Catalina A. Denman Champion tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio y tienen el deber de guardar la confidencialidad. El equipo investigador se compromete a sólo transmitir información a terceros que no pueda ser identificada.

¿Quién me puede dar más información?

Puede contactar a la Dra. Catalina A. Denman Champion, profesora investigadora de El Colegio de Sonora del Centro de Estudios en Salud y Sociedad al teléfono de oficina: 259-53-00 ext. 2227 y 2223, enviar un correo electrónico a cdenman@colson.edu.mx, o bien acudir personalmente a las oficinas ubicadas en: calle Obregón #54 col. Centro.

Nombre y firma de la entrevistada

Karla Tatiana Robles Córdova

Fecha: _____

Datos de contacto: Karla Tatiana Robles Córdova

Cel: 6621-38-43-59

E-mail: krobles@posgrado.colson.edu.mx y karlat.robles@gmail.com

*Deseo obtener información de mis datos -----

*Deseo obtener información sobre este estudio -----

Mi correo electrónico es: _____

¡Agradecemos mucho su colaboración!

2. Formato de medidas antropométricas

Centro de Excelencia para la Prevención de Enfermedades Crónicas en la Frontera México-
Estados Unidos

FORMATO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Fecha (hoy) ____/____/____		Nombre completo		Apellidos completos		Folio _____
Día	Mes (texto)	Año				
Encierre en un círculo	<i>Línea base</i>	<i>Medición post-intervención</i>	<i>Medición final</i>			
<i>una de las opciones:</i>						

Descripción de la ropa- ajuste, peso de la ropa (mezclilla versus poliéster)

--

Talla 1 (cm) _____

Peso 1 (kg) _____

Talla 2 (cm) _____

Peso 2 (kg) _____

Talla 3 (cm) _____

Peso 3 (kg) _____

Si la diferencia de medidas es +/- a 1.0 cm, toma una cuarta medición

Si

la diferencia de medidas es +/- a 0.5 kg, toma una cuarta medición

Talla 4 (cm) _____

Peso 4 (kg) _____

Nombre del entrevistador _____

Cintura 1 (cm) _____

Cadera 1 (cm) _____

Cintura 2 (cm) _____

Cadera 2 (cm) _____

Cintura 3 (cm) _____

Cadera 3 (cm) _____

Si la diferencia de medidas es +/- a 1.5, toma una cuarta medición

Cintura 4 (cm) _____

Cadera 4 (cm) _____

Nombre del entrevistador _____

Observaciones

3. Cuestionario

FOLIO PARTICIPANTE: _____

EVALUACIÓN:

Línea Base

Posterior

Final

Fecha Entrevista

Grupo

Entrevistador(a)

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Edad Actual:

H M

Día

Mes

Año

Años

Me gustaría empezar con algunas preguntas de información personal. Por favor recuerde que todo lo que usted me diga es confidencial, y de ninguna manera afectará su participación en el programa.

1.	¿Cuántos años ha vivido en Hermosillo?	0. <input type="checkbox"/> Menos de un año
----	---	---

	<i>(LEE LAS RESPUESTAS EN VOZ ALTA)</i>	1. <input type="checkbox"/> 1 a 5 años 2. <input type="checkbox"/> 6 a 10 años 3. <input type="checkbox"/> Más de 10 años
2.	¿Cuántos años ha vivido en esta colonia?	0. <input type="checkbox"/> Menos de un año 1. <input type="checkbox"/> 1 a 5 años 2. <input type="checkbox"/> 6 a 10 años 3. <input type="checkbox"/> Más de 10 años
3.	¿Dónde nació usted?	1. <input type="checkbox"/> Sonora Municipio _____ -555 <input type="checkbox"/> Otro estado Especifique _____
4.	¿Cuál es su estado civil?	1. <input type="checkbox"/> Casado/a 2. <input type="checkbox"/> Divorciado/a 3. <input type="checkbox"/> Separado/a 4. <input type="checkbox"/> Soltero/a

		<p>5. <input type="checkbox"/> Viudo/a</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Unión libre</p>
5.	¿Cuántos años de escuela terminó?	_____ Número de años
6.	¿Cuál es el número de habitantes en su hogar?	_____ Número de habitantes
7.	¿De los integrantes de su vivienda, cuántos trabajan o realizan alguna actividad para obtener ingresos?	_____ Número que trabajan
8.	<p>¿Usted actualmente trabaja o realiza alguna actividad para obtener ingresos?</p> <p><i>(Dar ejemplos, como venta de tortillas, tamales, Avon, Mary Kay, etc.)</i></p>	<p>0. <input type="checkbox"/> No</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Especifique _____</p> <p>_____</p>
9.	<p>¿Cuál es el ingreso familiar mensual aproximado?</p> <p><i>(Leer intervalos)</i></p>	<p>-777 <input type="checkbox"/> No sé</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Menos de 1,000</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 1,000 – 2,000</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 2,000 – 4,000</p> <p>4. <input type="checkbox"/> 4,000 – 6,000</p> <p>5. <input type="checkbox"/> 6,000 – 8,000</p>

		6. <input type="checkbox"/> 8,000 o más
--	--	---

Ahora, voy a preguntar acerca de sus prioridades, las cosas más importantes en su vida diaria.

10.	<p>¿Cuáles son sus cinco prioridades? ¿Lo que más le preocupa, o lo que es más importante para usted?</p>	<p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p> <p>d. _____</p> <p>e. _____</p>
-----	--	---

Quisiera preguntarle acerca de su actividad física (*Cuestionario Internacional de Actividad Física*).

Nos interesa saber la clase de actividad física que la gente hace como parte de su vida diaria. Por favor responda cada pregunta aunque no se considere una persona activa, y piense en aquellas actividades que usted hace como parte del trabajo, en la casa, para ir de un lugar a otro, y en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte.

Primero, piense acerca de todas las actividades vigorosas que realizó en los últimos 7 días. Actividades vigorosas son las que requieren un esfuerzo físico fuerte y le hacen respirar mucho más fuerte que lo normal, al grado que no pueda hablar mientras está haciendo esta actividad. Piense *solamente* en las actividades que hizo por lo menos 10 minutos continuos.

11.	<p>Durante los últimos 7 días, ¿Cuántos días realizó actividades físicas vigorosas, como levantar objetos pesados, aeróbics, zumba, correr, o pedalear rápido en bicicleta? No incluya caminatas.</p> <p>11a. ¿En un día típico, durante cuánto tiempo realiza estas actividades?</p>	<p>_____ días por semana</p> <p>_____ minutos por día</p>
-----	---	---

Ahora, piense acerca de las actividades moderadas que realizó en los últimos 7 días. Actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y le hacen respirar un poco más fuerte de lo normal, al grado que todavía pueda mantener una conversación mientras realiza la actividad. Piense *solamente* en las actividades moderadas que hizo por lo menos 10 minutos continuos.

12.	<p>Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días hizo usted actividades físicas moderadas como cargar objetos livianos, pedalear en bicicleta a paso regular o realizar trabajo doméstico? No incluya caminatas.</p> <p>12a. ¿En un día típico, durante cuánto tiempo realiza estas actividades?</p>	<p>_____ días por semana</p> <p>_____ minutos por día</p>
-----	--	---

Ahora piense acerca del tiempo que le dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye caminatas para ir de un sitio a otro o cualquier otra caminata que usted hizo por recreación, deporte, ejercicio, placer o trabajo.

13.	Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días caminó por al menos 10 minutos continuos?	_____ días por semana
13a.	¿En un día típico, ¿cuánto tiempo le dedica a caminar?	_____ minutos por día

Ahora piense en el tiempo que usted permaneció sentado(a) en los últimos 7 días. Incluya el tiempo sentado(a) en el trabajo, la casa, y en su tiempo libre. Esto puede incluir tiempo sentado(a) en un escritorio, visitando amigos(as), leyendo o permanecer sentado(a) o acostado(a) viendo televisión.

14.	Durante los últimos 7 días, ¿en promedio cuánto tiempo permaneció sentado(a) al día?	_____ minutos por día
-----	--	-----------------------

Ahora quisiera preguntarle acerca de su alimentación y acerca de lo que toma regularmente. (BRFSS)

15.	<p>¿Qué tipo de leche toma regularmente?</p> <p>Por favor dígame su primera y su segunda opción.</p> <p>PRIMERA OPCIÓN</p>	<p>0. <input type="checkbox"/> No tomo leche</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Leche entera (tapa roja)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Leche 2% (tapa amarilla)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Leche 1% (tapa azul)</p>
-----	---	--

		<p>4. <input type="checkbox"/> Descremada</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Leche de soya</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Leche evaporada</p> <p>-555 <input type="checkbox"/> Otra</p> <p>_____</p>
	<p>SEGUNDA OPCIÓN</p> <p><i>(SI NO TIENE SEGUNDA OPCIÓN, MARCA - 444)</i></p>	<p>-444 <input type="checkbox"/> No tiene segunda opción</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Leche entera (tapa roja)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Leche 2% (tapa amarilla)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Leche 1% (tapa azul)</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Descremada</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Leche de soya</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Leche evaporada</p> <p>-555 <input type="checkbox"/> Otra</p> <p>_____</p>

Por favor, me puede decir que tan frecuentemente come o toma CADA UNO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS. Por ejemplo, una vez al día, dos veces a la semana, tres veces al mes y así sucesivamente: (PREGUNTA ACERCA DE LAS CANTIDADES QUE

CONSUME. MOSTRAR MEDIDA DE UNA TAZA COMO MUESTRA DE LO QUE ES UNA PORCIÓN)

<p>16.</p>	<p>En general, ¿qué tan seguido toma jugo 100% de frutas (manzana, naranja, toronja, etc.)?</p> <p><i>(PREGUNTA LA CANTIDAD / NÚMERO DE PORCIONES)</i></p>	<p>_____ número de porciones</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>1. <input type="checkbox"/> porciones al día</p> <p>2. <input type="checkbox"/> porciones a la semana</p> <p>3. <input type="checkbox"/> porciones al mes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> porciones al año</p> <p>-777 <input type="checkbox"/> No sé / No estoy seguro/a</p>
<p>17.</p>	<p>En general, ¿qué tan seguido toma <u>soda de dieta</u> u otra bebida <u>light</u>?</p> <p><i>(PREGUNTA QUÉ OTRA BEBIDA LIGHT TOMA, PREGUNTAR CANTIDAD / NÚMERO DE PORCIONES)</i></p>	<p>_____ número de porciones</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>1. <input type="checkbox"/> porciones al día</p> <p>2. <input type="checkbox"/> porciones a la semana</p> <p>3. <input type="checkbox"/> porciones al mes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> porciones al año</p> <p>-777 <input type="checkbox"/> No sé / No estoy seguro/a</p>

18.	<p>En general, ¿qué tan seguido toma soda (<u>no de dieta</u>)?</p> <p><i>(PREGUNTA LA CANTIDAD / NÚMERO DE PORCIONES)</i></p>	<p>_____ número de porciones</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>1. <input type="checkbox"/> porciones al día</p> <p>2. <input type="checkbox"/> porciones a la semana</p> <p>3. <input type="checkbox"/> porciones al mes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> porciones al año</p> <p>-777 <input type="checkbox"/> No sé / No estoy seguro/a</p>
19.	<p>En general, ¿qué tan seguido toma otras bebidas con azúcar como Jamaica, limonada, té helado, Zuko, kool-aid, horchata, tropicana o bebidas de deporte como Gatorade™ (<u>no soda</u>)?</p> <p><i>(PREGUNTA LA CANTIDAD / NÚMERO DE PORCIONES)</i></p>	<p>_____ número de porciones</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>1. <input type="checkbox"/> porciones al día</p> <p>2. <input type="checkbox"/> porciones a la semana</p> <p>3. <input type="checkbox"/> porciones al mes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> porciones al año</p> <p>-777 <input type="checkbox"/> No sé / No estoy seguro/a</p>

20.	<p>En general, ¿qué tan seguido come vegetales <u>(no incluye papas)</u>?</p> <p><i>(PREGUNTA LA CANTIDAD / NÚMERO DE PORCIONES)</i></p>	<p>_____ número de porciones</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>1. <input type="checkbox"/> porciones al día</p> <p>2. <input type="checkbox"/> porciones a la semana</p> <p>3. <input type="checkbox"/> porciones al mes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> porciones al año</p> <p>-777 <input type="checkbox"/> No sé / No estoy seguro/a</p>
21.	<p>En general, ¿qué tan seguido come fruta fresca <u>(sin incluir jugo)</u>?</p> <p><i>(PREGUNTA LA CANTIDAD / NÚMERO DE PORCIONES)</i></p>	<p>_____ número de porciones</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>1. <input type="checkbox"/> porciones al día</p> <p>2. <input type="checkbox"/> porciones a la semana</p> <p>3. <input type="checkbox"/> porciones al mes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> porciones al año</p> <p>-777 <input type="checkbox"/> No sé / No estoy seguro/a</p>

22.	<p>En general, ¿qué tan seguido come comida en lata o empaquetada como verduras, sopas, maruchan, botanas (papitas, totopos, etc.)?</p> <p><u>Mencionar cada uno.</u></p> <p><i>(PREGUNTA LA CANTIDAD / NÚMERO DE PORCIONES)</i></p>	<p>_____ número de porciones</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>1. <input type="checkbox"/> porciones al día</p> <p>2. <input type="checkbox"/> porciones a la semana</p> <p>3. <input type="checkbox"/> porciones al mes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> porciones al año</p> <p>-777 <input type="checkbox"/> No sé / No estoy seguro/a</p>
23.	<p>En general, ¿qué tan seguido usa el consomé (por ejemplo, Knorr Suiza)?</p> <p><i>(PREGUNTA LA CANTIDAD / NÚMERO DE PORCIONES. EN ESTE CASO UNA PORCIÓN ES UNA CUCHARADITA CAFETERA.)</i></p>	<p>_____ número de porciones</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>1. <input type="checkbox"/> porciones al día</p> <p>2. <input type="checkbox"/> porciones a la semana</p> <p>3. <input type="checkbox"/> porciones al mes</p> <p>4. <input type="checkbox"/> porciones al año</p> <p>-777 <input type="checkbox"/> No sé / No estoy seguro/a</p>

Ahora voy a preguntarle sobre su forma de cocinar. Si usted no cocina, por favor, trate de contestar estas preguntas por la persona que cocina en su casa.

24.	<p>¿Qué tipo de aceite utiliza más seguido la persona que cocina o prepara las comidas?</p> <p>Dígame su primera y segunda opción.</p> <p>PRIMERA OPCIÓN</p>	<p>0. <input type="checkbox"/> No cocino con aceite</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Aceite de maíz</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Aceite de oliva</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Aceite vegetal</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Aceite de canola</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Aceite de cártamo</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Mantequilla</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Margarina</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Manteca vegetal (Inca)</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Manteca animal</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Aceite de soya</p> <p>-555 <input type="checkbox"/> Otro</p> <hr/>
24.	<p>SEGUNDA OPCIÓN</p>	<p>-444 <input type="checkbox"/> No tiene 2ª opción</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Aceite de maíz</p>

		<p>2. <input type="checkbox"/> Aceite de oliva</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Aceite vegetal</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Aceite de canola</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Aceite de cártamo</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Mantequilla</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Margarina</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Manteca vegetal (Inca)</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Manteca animal</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Aceite de soya</p> <p>-555 <input type="checkbox"/> Otro</p> <hr/>
25.	<p>¿Normalmente, con qué cocina los frijoles guisados o refritos?</p> <p><i>(LEE LAS OPCIONES Y ESCOGE LA MÁS COMÚN)</i></p>	<p>0. <input type="checkbox"/> Nada / No como frijoles</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Manteca animal</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Manteca vegetal</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Aceite</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Mantequilla / margarina</p> <p>-555 <input type="checkbox"/> Otro</p> <hr/>

26.	<p>¿Qué tipo de tortillas come con mayor frecuencia? Por favor dígame su primera y segunda opción</p> <p>PRIMERA OPCIÓN</p>	<p>0. <input type="checkbox"/> Ninguna / No como tortilla</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Harina</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Maíz</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Nopal</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Integral</p>
26.	<p>SEGUNDA OPCIÓN</p>	<p>-444 <input type="checkbox"/> No tiene segunda opción</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Harina</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Maíz</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Nopal</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Integral</p>
27.	<p>Si come tortillas de harina, ¿qué tipo de manteca contienen?</p>	<p>-777 <input type="checkbox"/> No sé</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Manteca vegetal</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Manteca animal</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Aceite</p>

Ahora quisiera preguntarle acerca del apoyo y del ánimo que recibe de las personas en su vida.

28.	<p>¿Tiene alguien en su vida que pueda darle apoyo personal?</p> <p>Si contesto “sí”, ¿quién?</p> <p><i>(SI CONTESTÓ “NO”, PASA A LA PREGUNTA 31)</i></p>	<p>0. <input type="checkbox"/> No</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p> <p>d. _____</p>
29.	<p><i>(SI ES LÍNEA BASE O MEDICIÓN POSTERIOR)</i></p> <p>¿Si usted decide hacer cambios saludables en su alimentación o incrementar su actividad física en el futuro, le apoyarían ellos a usted para que pudiera hacer esos cambios?</p> <p><i>(SI ES MEDICIÓN FINAL)</i></p> <p>¿Si usted decidió hacer cambios más saludables en su alimentación o incrementar</p>	<p>-444 <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p>-777 <input type="checkbox"/> No sé / No estoy seguro/a</p> <p>0. <input type="checkbox"/> No</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p>

	<p>su actividad física, ellos le apoyaron a usted para hacer esos cambios?</p>	
30.	<p><i>(SI ES LÍNEA BASE O MEDICIÓN POSTERIOR)</i></p> <p>¿Hará(n) esta(s) personas esos cambios con usted?</p> <p><i>(SI ES MEDICIÓN FINAL)</i></p> <p>¿Si usted decidió hacer cambios más saludables en su alimentación o incrementar su actividad física, ellos le apoyaron a usted para hacer esos cambios?</p>	<p>-444 <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p>-777 <input type="checkbox"/> No sé / No estoy seguro/a</p> <p>0. <input type="checkbox"/> No</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Probablemente / Tratarán</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Lo intentaron</p>

Ahora, voy a hacerle algunas preguntas acerca de su salud. (BRFSS QOL)

31.	<p>Usted diría que su salud en general es:</p> <p><i>(LEE LAS OPCIONES EN VOZ ALTA)</i></p>	<p>-888 <input type="checkbox"/> No contestó (<i>NO LEER</i>)</p> <p>-777 <input type="checkbox"/> No sé (<i>NO LEER</i>)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Excelente</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Muy Buena</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Buena</p>
-----	--	--

		<p>4. <input type="checkbox"/> Regular</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Mala</p>
32.	<p>Con respecto a su salud física, lo cual incluye enfermedades físicas y lesiones, es decir, si se enfermó, se lastimó, o algo le dolió. En el último mes, ¿por cuántos días considera que su salud física no fue buena?</p>	<p>_____ número de días</p> <p>-888 <input type="checkbox"/> No contestó</p> <p>-777 <input type="checkbox"/> No sé / No estoy seguro/a</p>
33.	<p>Con respecto a su salud mental, lo cual incluye estrés, depresión y problemas emocionales. En el último mes, ¿por cuántos días considera que su salud mental no fue buena?</p>	<p>_____ número de días</p> <p>-888 <input type="checkbox"/> No contestó</p> <p>-777 <input type="checkbox"/> No sé / No estoy seguro/a</p>
34.	<p><i>(SI LAS RESPUESTAS ANTERIORES FUERON “0”, MARCA “No aplica”.)</i></p> <p>En el último mes, ¿por cuántos días no pudo hacer sus actividades normales — por ejemplo, de autocuidado, trabajo o recreación— debido a una pobre salud física o mental?</p>	<p>_____ número de días</p> <p>-444 <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p>-888 <input type="checkbox"/> No contestó</p> <p>-777 <input type="checkbox"/> No sé / No estoy seguro/a</p>

35.	<p>¿Considera que ha mejorado su salud física y mental en los últimos 30 días?</p> <p>35a. Si la respuesta es “NO”, ¿se sintió igual o peor?</p> <p>35b. Si la respuesta es “SÍ”, ¿qué fue lo que pasó para que mejorara su salud?</p> <p><i>(PREGUNTA RESPECTO A MEDICAMENTO O CAMBIOS EN LA CONDUCTA)</i></p>	<p>-777 <input type="checkbox"/> No sé / No estoy seguro/a</p> <p>0. <input type="checkbox"/> No</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>-777 <input type="checkbox"/> No sé / No estoy seguro/a</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Igual</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Peor</p> <p>Medicamento:</p> <hr/> <p>Conducta:</p> <hr/> <p>Otro:</p> <hr/>
36.	<p>¿Algún médico o enfermera le ha dicho a usted que tiene diabetes?</p>	<p>0. <input type="checkbox"/> No</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p>

	<p>36a. Si contestó sí, ¿por cuánto tiempo ha tenido diabetes?</p>	<p>-444 <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Menos de 1 año</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 1 a 5 años</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 6 a 10 años</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Más de 10 años</p>
<p>37.</p>	<p>¿Han diagnosticado con diabetes a otros miembros de su familia?</p> <p><i>Si contestó sí, ¿quién?</i></p> <p><i>ESCRIBE EL NÚMERO DE FAMILIARES CON DIABETES EN CADA ESPACIO.</i></p> <p><i>ESCRIBE CERO (0) PARA LOS QUE NO TIENEN DIABETES, Y -777 SI NO SABE.</i></p>	<p>-777 <input type="checkbox"/> No sé</p> <p>0. <input type="checkbox"/> No</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>_____ Hermanas</p> <p>_____ Hermanos</p> <p>_____ Madre</p> <p>_____ Padre</p> <p>_____ Abuela materna</p> <p>_____ Abuelo materno</p> <p>_____ Abuela paterna</p> <p>_____ Abuelo paterno</p>

		<p>_____ Tías maternas</p> <p>_____ Tíos maternos</p> <p>_____ Tías paternas</p> <p>_____ Tíos paternos</p>
38.	<p>¿Algún médico o enfermera le ha dicho que tiene o ha tenido una de las siguientes enfermedades?</p>	<p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> Nivel de colesterol elevado</p> <p><input type="checkbox"/> La presión alta</p> <p><input type="checkbox"/> La presión baja</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón</p> <p><input type="checkbox"/> Derrame cerebral o embolia</p> <p><input type="checkbox"/> Otras condiciones médicas:</p> <p>_____</p>

39. ¿Actualmente está tomando algún medicamento?

(LEE EN VOZ ALTA. MARCA LOS ESPACIOS DE TODAS LAS RESPUESTAS QUE APLIQUEN. SI NO APLICA, MARCA “NO APLICA”).

39 ^a	Diabetes	-333 <input type="checkbox"/> No aplica
-----------------	-----------------	---

		<p>0. <input type="checkbox"/> No, pero me fue recetado</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí, como fue recetado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sí pero no como fue recetado</p>
39b	Asma	<p>-333 <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p>0. <input type="checkbox"/> No, pero me fue recetado</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí, como fue recetado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sí pero no como fue recetado</p>
39c	Nivel de colesterol elevado	<p>-333 <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p>0. <input type="checkbox"/> No, pero me fue recetado</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí, como fue recetado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sí pero no como fue recetado</p>
39d	La presión alta	<p>-333 <input type="checkbox"/> No aplica</p>

		<p>0. <input type="checkbox"/> No, pero me fue recetado</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí, como fue recetado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sí pero no como fue recetado</p>
39e	La presión baja	<p>-333 <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p>0. <input type="checkbox"/> No, pero me fue recetado</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí, como fue recetado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sí pero no como fue recetado</p>
39f	Enfermedad del corazón	<p>-333 <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p>0. <input type="checkbox"/> No, pero me fue recetado</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí, como fue recetado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sí pero no como fue recetado</p>
39g	Derrame cerebral o embolia	<p>-333 <input type="checkbox"/> No aplica</p>

		<p>0. <input type="checkbox"/> No, pero me fue recetado</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí, como fue recetado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sí pero no como fue recetado</p>
39h	Otra: _____	<p>-333 <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p>0. <input type="checkbox"/> No, pero me fue recetado</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí, como fue recetado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sí pero no como fue recetado</p>
39i	Otra: _____	<p>-333 <input type="checkbox"/> No aplica</p> <p>0. <input type="checkbox"/> No, pero me fue recetado</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí, como fue recetado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sí pero no como fue recetado</p>
39j	Otra: _____	<p>-333 <input type="checkbox"/> No aplica</p>

		<p>0. <input type="checkbox"/> No, pero me fue recetado</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí, como fue recetado</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Sí pero no como fue recetado</p>
--	--	--

(SI RESPONDIÓ “SÍ, PERO NO COMO FUE RECETADO” O “NO, PERO ME FUE RECETADO” PARA LA PREGUNTA 39, REALIZA LA PREGUNTA 40, SI NO PASA A LA PREGUNTA 41.)

40.	<p>¿Por qué motivo no toma el medicamento como se le indicó?</p> <p><i>(LEE LAS OPCIONES EN VOZ ALTA; MARCA TODAS LAS QUE APLIQUEN)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Se me olvida usarlos</p> <p><input type="checkbox"/> Se me olvida comprarlos o pedirlos</p> <p><input type="checkbox"/> No sé cómo usar el medicamento</p> <p><input type="checkbox"/> No me gustan los efectos secundarios</p> <p><input type="checkbox"/> No creo que lo necesite</p> <p><input type="checkbox"/> Cuesta mucho</p> <p><input type="checkbox"/> Se me dificulta comprar, pedir, o recogerlo</p> <p><input type="checkbox"/> Lo uso nada más cuando me siento mal</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>_____</p>
-----	--	--

41.	<p>¿Actualmente está tomando algún medicamento no recetado?</p>	<p>0. <input type="checkbox"/> No</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Especifique:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
42.	<p>¿En los <u>últimos 6 meses</u> ha sido hospitalizado(a)?</p>	<p>0. <input type="checkbox"/> No</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>Si respondió “Sí”, describa los motivos:</p> <p>PRIMERA OCASIÓN:</p> <p>SEGUNDA OCASIÓN:</p> <p>TERCERA OCASIÓN:</p>		

43.	<p>¿Es derechohabiente de alguno de los siguientes servicios médicos?</p> <p><i>(LEE EN VOZ ALTA; MARCA TODAS LAS QUE APLIQUEN)</i></p>	<input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> ISSSTESON <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> Seguro Popular <input type="checkbox"/> Institución privada <input type="checkbox"/> No soy derechohabiente de ningún servicio <input type="checkbox"/> Otro servicio: _____ <hr/>
44.	<p>¿Durante los <u>últimos 6 meses</u>, hubo alguna vez que necesitó servicios médicos y no pudo obtenerlos?</p>	<p>-777 <input type="checkbox"/> No sé / No recuerdo</p> <p>0. <input type="checkbox"/> No</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí</p>
44a.	<p>Si contestó “Sí”: ¿Por qué motivos no obtuvo los cuidados o servicios de salud que necesitó?</p>	<input type="checkbox"/> No cuento con servicio médico <input type="checkbox"/> Mi servicio médico no cubre mi problema <input type="checkbox"/> No pude pagar el precio <input type="checkbox"/> Es difícil obtener la cita <input type="checkbox"/> Es muy larga la espera para recibir atención

	<p><i>(LEE EN VOZ ALTA; MARCA TODAS LAS QUE APLIQUEN.)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> El horario es inconveniente</p> <p><input type="checkbox"/> No había médico/a o enfermero/a disponible</p> <p><input type="checkbox"/> Difícil hacer arreglos para el cuidado de la familia</p> <p><input type="checkbox"/> Un familiar mío dudó del tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> Me queda muy lejos el lugar de atención</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Es difícil obtener la cita</p>
45.	<p>¿Hay alguna clínica, centro de salud o médico en particular al cual normalmente visita cuando está enfermo/a o necesita revisión rutinaria de salud?</p>	<p>0. <input type="checkbox"/> No</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Sí Especifique dónde:</p> <p>_____</p>
46.	<p>¿Le han realizado alguno de los siguientes exámenes en los últimos 6 meses?</p>	<p><input type="checkbox"/> Chequeo de la presión sanguínea</p> <p><input type="checkbox"/> Prueba de azúcar en la sangre</p> <p><input type="checkbox"/> Prueba de la vista</p> <p><input type="checkbox"/> Prueba de colesterol en la sangre</p>

	<p><i>(LEE EN VOZ ALTA. NO INCLUYE LOS EXÁMENES QUE SE HACEN COMO PARTE DE ESTE PROGRAMA)</i></p>	
--	---	--

Las siguientes preguntas son acerca de cómo se sintió durante los últimos siete días. Por cada pregunta por favor dígame cuántos días se sintió de esta manera durante la semana pasada. (CES-D)

<i>CIRCULA LA RESPUESTA:</i>					
0	=	Ninguna o rara vez (Menos de 1 día)			
1	=	Alguna o pocas veces (1- 2 días)			
2	=	Ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderado (3 – 4 días)			
3	=	La mayor parte del tiempo o todo el tiempo (5 – 7 días)			
Durante la semana pasada,					
47.	Me molestaron cosas que normalmente no me molestan.	0	1	2	3
48.	No me sentí con ganas de comer; tuve poco apetito.	0	1	2	3
49.	Sentí que no podía quitarme de encima la tristeza aún con la ayuda de mi familia o amigos.	0	1	2	3

50.	Sentí que yo era tan digno(a) como cualquier otra persona. <i>(Si pregunta qué significa digno(a): yo valgo mucho, y merezco respeto.)</i>	0	1	2	3
51.	Tuve dificultad para mantener mi mente concentrada en lo que estaba haciendo.	0	1	2	3
52.	Me sentí deprimido(a).	0	1	2	3
53.	Sentí que todo lo que hacía era un gran esfuerzo.	0	1	2	3
54.	Sentí esperanza acerca del futuro.	0	1	2	3
55.	Pensé que mi vida había sido un fracaso.	0	1	2	3
56.	Me sentí con miedo.	0	1	2	3
57.	Mi sueño fue inquieto.	0	1	2	3
58.	Estuve contento(a).	0	1	2	3
59.	Hablé menos de lo normal.	0	1	2	3
60.	Me sentí solo(a).	0	1	2	3
61.	Sentí que la gente no fue amistosa.	0	1	2	3
62.	Disfruté de la vida.	0	1	2	3
63.	Pasé ratos llorando.	0	1	2	3

64.	Me sentí triste.	0	1	2	3
65.	Sentí que no le caía bien a la gente.	0	1	2	3
66.	No tuve ganas de hacer nada.	0	1	2	3

Las siguientes preguntas son acerca del uso de bebidas alcohólicas (ENA 2002)

67.	¿Ha consumido cualquier bebida alcohólica alguna vez en su vida?	0. <input type="checkbox"/> No (<i>PASA A LA PREGUNTA 72</i>) 1. <input type="checkbox"/> Sí
68.	¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses?	-444 <input type="checkbox"/> No aplica 0. <input type="checkbox"/> No (<i>PASA A LA PREGUNTA 72</i>) 1. <input type="checkbox"/> Sí
69.	¿Con qué frecuencia tomó bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses?	-444 <input type="checkbox"/> No aplica 1. <input type="checkbox"/> A diario 2. <input type="checkbox"/> Casi a diario (5-6 veces por semana) 3. <input type="checkbox"/> 3 - 4 veces por semana 4. <input type="checkbox"/> 1 - 2 veces por semana 5. <input type="checkbox"/> 2 - 3 veces por mes 6. <input type="checkbox"/> Una vez al mes 7. <input type="checkbox"/> 7 - 11 veces al año 8. <input type="checkbox"/> 3 - 6 veces al año 9. <input type="checkbox"/> 2 veces al año

		10. <input type="checkbox"/> Una vez al año 11. <input type="checkbox"/> Menos de una vez al año
70.	Cuando toma, ¿generalmente cuántos vasos, botes o copas se toma en cada ocasión?	-444 <input type="checkbox"/> No aplica 1. <input type="checkbox"/> 1 - 2 bebidas 2. <input type="checkbox"/> 3 - 4 bebidas 3. <input type="checkbox"/> 5 - 6 bebidas 4. <input type="checkbox"/> 7 - 9 bebidas 5. <input type="checkbox"/> Más de 10 bebidas
71.	¿Qué tipo de bebida alcohólica toma con más frecuencia?	-444 <input type="checkbox"/> No aplica 1. <input type="checkbox"/> Vino de mesa 2. <input type="checkbox"/> Cooler 3. <input type="checkbox"/> Cerveza 4. <input type="checkbox"/> Brandy, tequila, ron 5. <input type="checkbox"/> Pulque 6. <input type="checkbox"/> Alcohol puro, aguardiente -555 <input type="checkbox"/> Otro: _____

Ahora voy a preguntarle acerca del consumo de tabaco (ENA 2002)

72.	¿Ha fumado cigarros alguna vez en su vida?	0. <input type="checkbox"/> No (PASA A LA PREGUNTA 78) 1. <input type="checkbox"/> Sí
73.	¿Cuántos años tenía cuando fumó cigarros por primera vez?	_____ años -444 <input type="checkbox"/> No aplica
74.	En toda su vida, ¿ha fumado más de 100 cigarros, es decir, 5 cajetillas?	-444 <input type="checkbox"/> No aplica 0. <input type="checkbox"/> No 1. <input type="checkbox"/> Sí
75.	En los últimos 12 meses, ¿ha fumado cigarros?	-444 <input type="checkbox"/> No aplica 0. <input type="checkbox"/> No (PASA A LA PREGUNTA 78) 1. <input type="checkbox"/> Sí
76.	En los últimos 30 días, ¿ha fumado cigarros?	-444 <input type="checkbox"/> No aplica 0. <input type="checkbox"/> No (PASA A LA PREGUNTA 78) 1. <input type="checkbox"/> Sí
77.	Aproximadamente, ¿cuántos cigarros ha fumado diariamente en los últimos 30 días?	-444 <input type="checkbox"/> No aplica 0. <input type="checkbox"/> No fuma diario

		1. <input type="checkbox"/> De 1 a 5 2. <input type="checkbox"/> De 6 a 10 3. <input type="checkbox"/> De 11 a 20 4. <input type="checkbox"/> Más de 20
--	--	--

Llegamos casi al final de la entrevista, sólo tengo un par de preguntas más. ¿Cómo supo del programa? (MARCA TODAS LAS RESPUESTAS QUE APLIQUEN)

78a.	Clínica o Centro de Salud	0. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí
78b.	Amigo(a)	0. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí
78c.	Familiar	0. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí
78d.	Promotor(a)	0. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí
78e.	Folleto o evento en la comunidad	0. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí
		Especifique: _____	
78f.	Presentación de algún grupo	0. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí
		Especifique: _____	
78g.	Otro	0. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> Sí

		Especifique: <hr/>
79a.	<i>Si es <u>LÍNEA BASE</u>, preguntar:</i> ¿Qué fue lo que le interesó del programa?	
79b.	<i>Si es <u>MEDICIÓN POSTERIOR</u>, preguntar:</i> ¿Qué le motivó para permanecer en el programa?	
79c.	<i>Si es <u>MEDICIÓN FINAL</u>, preguntar:</i> ¿ Hay algún cambio en su alimentación o actividad física que haya mantenido después del programa?	

Esto finaliza nuestra entrevista. Muchas gracias por haber participado en esta encuesta. Antes de terminar, ¿tiene alguna duda o algún comentario adicional?
(SI ES LA MEDICIÓN POSTERIOR o FINAL) ¿Tiene alguna sugerencia para mejorar el programa?

Comentarios del Entrevistado(a):

Comentarios del Entrevistador(a): *(Anota la calidad de la entrevista. Indica específicamente el número de la pregunta si hay algún comentario sobre la misma.)*

4. Guía de entrevista dirigida a las participantes de *Meta →Salud*

Objetivo de la investigación:

Conocer, describir y analizar los factores socioculturales que influyen como obstáculos o facilitadores en el proceso de cambio de la alimentación y actividad física de las mujeres que participaron en *Meta →Salud* para el cuidado y auto-cuidado de la salud.

Objetivos específicos:

- Conocer los significados que las mujeres participantes de *Meta →Salud* tienen sobre el cuidado y auto-cuidado de la salud.
- Conocer las actitudes que las mujeres participantes de *Meta →Salud* tienen sobre el cuidado y auto-cuidado de la salud.
- Conocer las prácticas que las mujeres participantes de *Meta →Salud* tienen sobre el cuidado y auto-cuidado de la salud.
- Describir los obstáculos y los facilitadores que intervienen en el proceso de cambio de la alimentación y actividad física de las participantes de *Meta →Salud* para el cuidado y auto-cuidado de la salud.
- Analizar la articulación entre la identidad o rol de género de las mujeres participantes con las prácticas de cuidado y auto-cuidado de la salud.
- Analizar la articulación que existe entre la identidad y rol de género de las mujeres participantes con las prácticas de alimentación y actividad física.

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores socioculturales que influyen como obstáculos o facilitadores en el proceso de cambio en la alimentación y actividad física de los participantes de *Meta→Salud* para el cuidado y auto-cuidado de la salud?

Preguntas específicas:

¿Cuáles son los significados que las mujeres participantes de *Meta→Salud* tienen sobre el cuidado y auto-cuidado de la salud

¿Cuáles son las actitudes que las mujeres participantes de *Meta→Salud* tienen sobre el cuidado y auto-cuidado de la salud

¿Cuáles son las prácticas que las mujeres participantes de *Meta→Salud* tienen sobre el cuidado y auto-cuidado de la salud?

¿Cuáles son los obstáculos que intervienen en el proceso de cambio de la alimentación y actividad física de las participantes de *Meta→Salud*?

¿Cuáles son los facilitadores que intervienen en el proceso de cambio de la alimentación y actividad física de las participantes de *Meta→Salud*?

¿Cómo se articula la identidad de género de las mujeres con las prácticas de auto-cuidado de la salud? ¿cómo se relaciona con las prácticas de alimentación y actividad física?

Preguntas secundarias:

¿En que ha impactado *Meta →Salud* a las prácticas de cuidado y autocuidado de la salud en la alimentación y actividad física de las mujeres?

¿Cuál es la efectividad a mediano plazo del programa de *Meta →Salud*?

Datos generales

Fecha:

Hora:

Lugar:

(Aplicación y análisis previo del cuestionario de estilos de vida de Meta-Salud)

Nivel individual, familiar y comunitario- *Características generales de la comunidad y de actividades y prácticas de alimentación y actividad física individual y familiar.*

BLOQUE I- Meta → Salud

1. ¿Qué es lo que más recuerda del programa de *Meta → Salud*?
2. ¿Usted identifica algo que haya cambiado antes y después de MS? ¿cómo era?
3. ¿Qué alimentos estaban con mayor frecuencia en su alimentación antes de entrar a MS y cuáles están ahora?
4. ¿Qué AF realizaba antes?, ¿y ahora?
5. ¿Cómo pudo mantener esos cambios?, ¿por cuánto tiempo pudo mantenerlos?
6. ¿Qué fue lo que más le gustó del programa de *Meta → Salud*?, ¿qué fue lo que menos le gustó?, ¿por qué?
7. ¿Qué pasó con su cuaderno de trabajo?, ¿lo utiliza?, ¿cómo?
8. ¿Recuerda sus metas semanales?, ¿pudo mantenerlas?
9. REVISAR CUADERNO (sí lo tiene)
10. ¿Recuerda por qué decidió inscribirse en el programa de *Meta → Salud*?
11. Y si se volviera a hacer el programa, ¿usted lo volvería a tomar?
12. ¿Qué la motivó a seguir asistiendo al programa?

BLOQUE II- Comunidad-Participación

13. ¿Cómo describiría su comunidad?
14. ¿Le gusta vivir ahí?, ¿por qué?
15. ¿Considera que hay cosas/aspectos de la comunidad que beneficien su salud o la de su familia?, ¿cuáles son?
16. ¿Considera que hay cosas/aspectos de la comunidad que afecten su salud o la de su familia?, ¿cuáles son?
17. Usted sabe si hay grupos en su colonia donde se reúnan las personas?, ¿cuáles son?, ¿qué temas manejan?
18. ¿Usted participa en algún grupo en su comunidad?
19. En su grupo, ¿qué hacen para mejorar su colonia?, ¿qué cosas o aspectos han logrado cambiar y cómo lo han logrado?
20. Para usted, ¿qué significa estar dentro de un grupo que ayude a mejorar su comunidad?, ¿en qué aspectos de su vida diaria/cotidiana le ha ayudado?, ¿o a los miembros de su familia?
21. ¿Su familia está involucrada dentro del grupo?
22. ¿Su familia ayuda a beneficiar su comunidad?, ¿cómo?
23. En su comunidad, ¿cuáles son los alimentos que mayormente se consumen?
24. ¿Qué es lo que más le gusta de la alimentación que se ofrece en su comunidad?
25. ¿Conoce algún establecimiento que ofrezcan alimentos saludables?, ¿usted o su familia los consumen?
26. En su comunidad, ¿cuentan con parques o lugares donde las personas puedan realizar algún tipo de actividad física?, ¿cuáles?
27. ¿Qué tipo de actividad física realizan con mayor frecuencia?, ¿qué grupo de edad utilizan esos espacios?
28. ¿Cuáles son los principales problemas que tiene su comunidad que impiden que se pueda hacer algún tipo de actividad física?, ¿cómo afecta?

29. En su comunidad, ¿existen recursos que permitan hacer actividad física?, ¿cómo benefician?
30. ¿Usted conoce sobre algún grupo de actividad física en su colonia?, ¿usted o su familia pertenecen a él?

BLOQUE III- Alimentación y actividad física (nivel individual)

Previamente se realizó cuestionario de *Meta* → *Salud

31. ¿A usted le gusta hacer actividad física?, ¿por qué?
32. ¿Qué siente física y emocionalmente cuando realiza AF?
33. ¿en qué momento del día le gusta más realizar AF?, ¿por qué?
34. ¿Usted siente que hay algo que le impide realizar actividades físicas de manera regular?, ¿qué es?
35. ¿Cuándo siente que puede realizar algún tipo de actividad física?
36. ¿Qué hace usted para poder tener tiempo de realizar actividades físicas?
37. ¿Cuáles son las razones por las que usted realiza actividades físicas?, ¿usted lo decidió o alguien se lo recomendó?
38. Cuando realiza actividades físicas, ¿lo hace sola o acompañada?, ¿de quién?
39. ¿Cómo le gusta más hacer actividades físicas? (¿sola, acompañada, en el parque, en la casa?, ¿por qué?
40. ¿Usted siente que cuando está acompañada o dentro de algún grupo realiza más actividades físicas?, ¿por qué?
41. ¿Usted y su familia comen fuera de casa?
42. ¿Con qué frecuencia comes fuera de casa?
43. ¿Por qué motivo cree que comemos fuera de casa? (ejemplo: falta de tiempo, gusto por los alimentos, son más económicos, etc.)
44. ¿Cuáles son los principales alimentos que consumen tú y tu familia fuera de casa?, ¿por qué?

45. ¿Por qué motivo consumimos bebidas azucaradas, incluidas las sodas?, ¿cómo afecta o beneficia a tu familia?
46. ¿Sientes que los alimentos con alto contenido de grasa y las bebidas azucaradas afectan o benefician a tu familia?
47. ¿Cómo se puede cambiar esto en tu familia?, ¿qué crees que pasaría si se cambia?
48. ¿Hay alguien que le brinde apoyo en su hogar para que usted pueda realizar actividades físicas fuera de casa?
49. ¿Qué hace para poder hacer cambios en su alimentación y actividad física dentro de su hogar, con su familia?

BLOQUE IV- Género

50. ¿Cuáles son las actividades domésticas/hogar que usted realiza?
51. ¿Cómo se reparten las labores del hogar en su familia?, ¿cómo participan sus hijos/as, esposo?
52. ¿Quién se encarga de comprar y preparar los alimentos?
53. A usted, ¿le gusta preparar los alimentos?
54. ¿Quién decide que se va a comer en su hogar?, ¿por qué?
55. ¿Cómo se cuida la alimentación en su hogar?, ¿qué hacen para cuidarla?, ¿quién se encarga de ello?
56. En caso de ser usted, ¿quién le enseñó a preparar los alimentos de esa manera?
57. En su hogar, ¿quién es el responsable de la salud?, ¿comparte la responsabilidad de la salud con algún otro miembro de su hogar (esposo)?
58. ¿Se ha enfrentado con algún obstáculo que le ha impedido hacer actividades físicas fuera de casa?, ¿cuáles han sido?, ¿cómo los ha enfrentado?
59. ¿Siente que su familia la apoya para realizar cambios en su salud? ¿cómo la apoyan?

BLOQUE V-Cuidado-autocuidado

60. Para usted, ¿qué es salud?
61. ¿Qué pasa si no tenemos salud?
62. ¿Qué pasa si usted no tiene salud?
63. ¿cómo se siente tener salud?
64. ¿qué debemos hacer para tener y mantener la salud?
65. ¿qué tan importante es para ti la salud?, ¿por qué?
66. ¿cómo debemos de cuidarnos para tener salud?
67. ¿qué hace para cuidar su salud?, ¿qué hace para estar saludable?
68. ¿Quién se encarga de cuidar la salud en su hogar?
69. Cuando alguien de su familia se enferma, ¿quién se encarga del cuidado?
70. ¿Quién debe de ser responsable de la salud en la familia?, ¿por qué?
71. ¿Cómo cuida su alimentación?
72. ¿Quién se encarga del cuidado de los hijos/as?, ¿por qué?
73. ¿Comparte la responsabilidad del cuidado de los hijos?, ¿por qué?
74. ¿Cuánto tiempo dedica para el cuidado de los hijos y el hogar?
75. ¿Cuánto tiempo dedica para sí misma?, ¿qué actividades realiza?
76. ¿Usted realiza alguna actividad que le brinde satisfacción personal?
77. Cuando usted se siente triste o preocupada ¿busca apoyo?, ¿con quién?
78. ¿Existe alguna actividad que usted desearía hacer y que ha postergado?
79. ¿Cuáles son las decisiones que usted toma para el cuidado de su salud?, ¿la de su familia?
80. ¿Usted cree que tiene derecho a estar saludable?, ¿por qué?
81. Para usted, ¿qué es estar saludable?
82. Usted, ¿qué hace para mantenerse sana?, ¿cuida su alimentación?, ¿cómo?
83. Usted, ¿se mantiene físicamente sana?, ¿cómo?

84. ¿Cómo ha logrado mantenerse física y emocionalmente sana?, ¿qué recursos ha utilizado y cuáles le han funcionado?, ¿cuáles no le han funcionado?
85. ¿Qué recursos le han hecho falta para mantenerse física y mentalmente sana?