



UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**“Del plato a mí boca” Percepciones, significaciones y construcciones del ser
mujer en torno a la alimentación**

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA
LUCERO LILIANA FRANCO SOTO

DIRECTOR
Mtro. Jaime Molina Correa

Ciudad de México, mayo, 2019



SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS ©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Dedicatoria

A Dios por no abandonarme, darme fortaleza para no rendirme ante nada y oportunidad de culminar este proyecto tan importante.

A mis padres, mis hermanas y hermano Karina, Rossy, Sandy y Luis que tanto amo; por quienes me siento profundamente bendecida y feliz; ustedes son mi más grande ejemplo. Sin ustedes nada de esto hubiera sido posible.

A mi sobrino Jonathan, mis sobrinas Brenda y Kalani; espero ser para ustedes una buena guía.

A mis hermanos de corazón Héctor, Erik, Miguel, Gerardo, Karen y Maggie por esta conmigo incansablemente, apoyándome, regañándome, haciéndome reír y compartir conmigo este sueño.

A Emmanuel mi pequeño gran ángel por ser mi compañero y amigo, por su apoyo y amor.

A sus padres Sra. Marthitha y Sr. Manuel; a su familia por apapacharme y apoyarme. Los quiero mucho.

A mi familia y amigos, disculpen que no mencione uno por uno, no terminaría...

Ustedes son la bendición de Dios en mi vida, mis ángeles terrenales, confiaron y creyeron en mí cuando ni yo lo hacía. Se merecen esta y muchas alegrías más.

Mi corazón está profundamente agradecido

Con mi amada UACM por darme la oportunidad de ser y hacer la diferencia; por formarme para ser responsable de mí en todos sentidos...

Gracias también por el apoyo para la impresión y empastado de esta tesis.

Con mi director Mtro. Jaime Molina Correa por enseñarme que la verdadera felicidad se vive cuando se es libre, gracias por ser parte importante de este sueño. Te quiero mucho.

Con mi lectora Dra. Ana Prado Murrieta por su cariño, motivación e inspiración personal y profesional; por su tiempo para leer y hacer grandiosas aportaciones a este trabajo.

Con Dr. Fernando Cruz y al Dr. Víctor Peralta por aceptar formar parte de este equipo, darse tiempo de leerme y hacer valiosas contribuciones para que este trabajo luciera como debe.

Con el Dr. Javier Marmolejo por ser para mí un ejemplo de lucha, compromiso y entrega, por aportar tanto a mi vida académica y personal.

Con los colaboradores de la jurisdicción sanitaria Álvaro Obregón especialmente a la Lic. Cinthya Gómez y al Dr. Javier Kawas; con el Dr. Joel Arturo de la Fuente director del Centro de Salud T-III "Dr. Manuel Escontria".

Con el equipo del Centro de Salud T-I "Ave Real" con cariño y respeto al Lic. Víctor Trejo y a la Lic. Jackelyn Pérez por su apoyo para gestionar y realizar este trabajo, con todo lo que implica...

Mi profunda gratitud a las mujeres que participaron en esta investigación por abrir su corazón, compartir parte de su vida y sus experiencias; sobre todo por darse oportunidad de vivir y hacer Promoción de la Salud juntas.

Índice

1. Introducción	1
2. Planteamiento del problema	2
3. Enunciado del problema	3
4. Preguntas de investigación.....	4
5. Justificación	4
6. El Estado, derecho a la Salud y Sistema de Salud en México.....	5
6.1 El sistema de salud en México, estructura y cobertura	6
6.2 ¿Quién financia estos servicios?.....	8
6.3 Gasto en salud.....	9
6.4 Estrategias, políticas, planes y programas en materia de salud y alimentación en México.....	10
6.5 Niveles de atención en salud en los Centros de Salud, Secretaria de Salud.	14
6.6 Antecedentes históricos del Centro de Salud Ave Real	15
7. Objetivos.....	16
7.1 Objetivo general	16
7.2 Objetivos específicos	16
8. Marco teórico	17
8.1 Antecedentes históricos de Promoción de la Salud	17
8.1.1 Promoción de la Salud	20
8.1.2 Algunas estrategias de Promoción de la Salud.....	21
8.1.3 Corriente alternativa de Promoción de la Salud	21
8.1.4 Empoderamiento y Modelo emancipador de Promoción de la Salud.....	22
8.2 Determinantes de la salud y Determinantes sociales de la salud	24
8.3 Determinantes sociales de la enfermedad	26
8.4 Género y Roles de género	27
8.5 Rol de la mujer y su relación con los alimentos	29
8.6 Alimentación y Patrón alimentario.....	31
8.7 Dimensión biológica y sociocultural de los alimentos.....	33
8.8 Determinantes económicos de la alimentación	34

8.8.1 Accesibilidad y equidad como determinante de la alimentación	35
8.8.2 Significaciones y significado personal como determinante de la alimentación	37
9. Propuesta metodológica	42
9.1 Fases de la intervención	42
9.2 ¿Por qué la metodología cualitativa?	43
10. Diario de gestión.....	47
11. Cartas descriptivas	57
12. Análisis de resultados.....	62
13. Conclusiones	66
14. Anexos	68
Anexo 1. Acuse	68
Anexo 2. Carta de Consentimiento Informado	69
Anexo 3. Carteles.....	69
Anexo 4. Guion de entrevista	70
Anexo 5. Transcripción de Grupo Focal I.....	70
Anexo 6. Transcripción de Grupo Focal II.....	82
15. Bibliografía.....	93

1. Introducción

Hipócrates, nombrado el padre de la medicina, hace más de dos mil años postuló: “Que tu alimento sea tu medicina y tu medicina sea tu alimento”. Considerando así a la alimentación no sólo como la necesidad de satisfacer el apetito, sino también un proceso biológico, psicológico y sociológico relacionado con la ingesta de alimentos (Bitácora Social, s.f); proceso por el cual el organismo obtiene los nutrimentos que necesita y que además le son indispensables para cubrir las necesidades fisiológicas, que sumadas a la actividad física son componentes fundamentales del balance energético y del estado de nutrición.

Los alimentos no sólo tienen un valor nutricio-biológico intrínseco, además, son una estimación cultural que juega un papel importante en los resultados finales de la elección de un patrón dietético; las personas primero “piensan” los alimentos y si son clasificados favorablemente por su mente y por su código cultural, los ingieren.

En la población mexicana las conductas que generan los problemas relacionados con la alimentación se originan desde la infancia y están fuertemente arraigadas; es decir, en ocasiones resulta muy difícil modificarlas, y representan uno de los principales problemas de salud pública en México. Estas conductas se han ido modificando y reproduciendo a través de los años por diversos factores como son los componentes genéticos, los cambios sociales y familiares, la ingesta calórica, la actividad física, la economía y los medios de comunicación, entre otros; siendo ahora mayormente inadecuadas. Para modificarlas se debe tener conocimiento de la cultura alimentaria, de su dinámica y sus determinantes geográficas, económicas e históricas.

Muchas personas afirman que los principales obstáculos que tiene para alimentarse saludablemente son la falta de dinero, de conocimiento y de tiempo para preparar alimentos saludables. Conocen la importancia de una buena alimentación pero tal conocimiento no es suficiente para alimentarse saludablemente.

2. Planteamiento del problema

México tiene la más alta proporción de población con sobrepeso y obesidad, en parte por los limitados recursos disponibles para el tema de la salud por los constantes impactos en el acceso y la calidad de la atención y en parte por su asociación con enfermedades no transmisibles (ENT).

La obesidad y todos los problemas relacionados con la alimentación tienen un origen multifactorial y son el resultado de prácticas y factores de riesgo¹ que pueden ser de carácter inmediato (a nivel individual), intermedio (en el entorno de los individuos) y básicos o estructurales (a nivel macro), estos factores de riesgo se presentan en diferentes etapas a lo largo de la vida. Por ejemplo, la gestación y los primeros años de vida. Además de condiciones prenatales como el sobrepeso y la obesidad materna al inicio del embarazo; la ganancia excesiva de peso durante el embarazo y la presencia de diabetes gestacional, que aumentan el riesgo de peso excesivo al nacer, y el riesgo de obesidad en la infancia y en etapas posteriores (Rivera Dommarco, Arantxa Colchelo y Luis Fuentes, 2018).

Las conductas relacionados con los problemas relacionados con la alimentación se originan desde la infancia y están fuertemente arraigadas, estas se han ido modificando a través de los años por diversos factores como los componentes genéticos, los cambios sociales y familiares, la ingesta calórica, la actividad física, la economía, los medios de comunicación, entre otros; siendo ahora mayormente inadecuadas y para modificarlas se debe tener conocimiento de la cultura alimentaria, de su dinámica y de sus determinantes geográficas, económicas e históricas.

En una perspectiva más particular, según la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE, 2017), el sobrepeso y la obesidad representan uno de los principales problemas de salud pública en México, por lo tanto, representan una amenaza a la sustentabilidad de nuestro sistema de salud. Por otro lado, la ENSANUT es un proyecto de evaluación de salud y nutrición que se realiza desde

¹ Definido por la Organización Mundial de la Salud como: “Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”.

1988. Hasta el momento se han realizado cinco ejercicios realizados (1988, 2000, 2006, 2012 y, en 2016 la ENSANUT de Medio Camino) desarrollados por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Secretaría de Salud. Sin embargo los resultados están basados en estadística; no está en duda que es bueno tener una noción de la situación de salud en el país, sin embargo no se deberían generalizar las situaciones económicas, geográficas e históricas, ni las necesidades de la población.

En la encuesta se hacen preguntas relacionadas con el consumo de agua, el consumo de frutas y verduras, la realización de actividad física, la lectura de etiquetas nutrimentales, condiciones de vivienda, etc. ¿Pero qué más hay?, es decir, no es suficiente para desarrollar programas o planes pertinentes porque no se va más allá de lanzar preguntas de las que bien podemos dudar de las repuestas ¿De qué sirve que la gente sepa que las bebidas azucaradas no son sanas si no dejan de consumirlas? Se sabe la importancia de una buena alimentación y no por eso nos alimentamos saludablemente.

Para reducir los casos no solo de sobrepeso y obesidad sino de todas las enfermedades que conlleva es importante la participación de la sociedad en su conjunto, el compromiso de todos los profesionales de la salud y de la comunidad. En nuestro caso, Promotores de la Salud debemos comprometernos y ser conscientes de la importancia de nuestro trabajo y el “impacto” que éste puede tener sobre las personas.

3. Enunciado del problema

Como ya se mencionó en México se ha trabajado y escrito mucho acerca de la alimentación desde distintas perspectivas; García García., De la Llata Romero y Kaufer Horwitz (2008) describieron en las mujeres tres aspectos importantes y que considero son características a considerar en términos de la alimentación.

- Factores biológicos: El mayor porcentaje de masa grasa en las mujeres determina un gasto energético menor, lo que hace más difícil perder peso. Además, los embarazos y la menopausia tienen efectos desfavorables en la composición corporal que conduce a un aumento en el sobrepeso y la

obesidad entre los 40 y 60 años, particularmente si no se hacen los ajustes necesarios en el balance energético.

- Factores psicológicos: Las mujeres tienen mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria y en algunos estudios se muestra mayor prevalencia de depresión y ansiedad entre las mujeres especialmente si viven con obesidad.

Por lo que se puede decir que estos factores psicológicos son a la vez causa y consecuencia.

- Efecto del ambiente: El ambiente obesogénico² es el aspecto más relevante para explicar la situación actual de exceso de peso, más allá de los aspectos biológicos o conductuales; este puede tener mayor efecto en las mujeres porque las porciones que ingieren son habitualmente superiores a sus necesidades.

4. Preguntas de investigación

¿Por qué es importante para mí conocer los aspectos relacionados con las percepciones, significaciones y condiciones socioculturales en torno a la alimentación de las mujeres que asisten al Centro de Salud T-I “Ave Real”? ¿Estas mujeres consideran que su alimentación y sus prácticas alimentarias pueden ocasionar problemas de salud? ¿Cuál es el rol de estas mujeres respecto a la alimentación en su entorno familiar?

5. Justificación

Es importante para mí considerar las percepciones, las significaciones y las construcciones culturales y sociales en torno a la alimentación en la mujer porque aún en la actualidad recae sobre ellas una enorme responsabilidad no sólo de su salud sino también la de sus familias. Me hace mucho sentido el hecho de que no se reconoce y ni se entiende como un problema que requiere de trabajo en conjunto, para modificar hábitos y crear una vida más saludable para todos y

² Se define a un ambiente como obeso génico cuando el ambiente construido y alimentario repercute en patrones que conducen a la acumulación de grasa corporal.

todas, así como para encaminar a la población hacia una construcción sólida y consciente y sobre todo compartida que permita el acompañamiento, la modificación de prácticas y la creación de una vida más saludable que pueda replicarse.

La presente investigación surge del interés de entender cómo se percibe la alimentación, cómo se construyen los hábitos y cuál es papel de la realidad sociocultural que influye en los comportamientos y las decisiones; así como conocer la significación y la importancia del papel que las mujeres de entre 35 y 45 años de edad usuarias del Centro de Salud T-I “Ave Real” tienen en su hogar específicamente con la alimentación. Algunas son madres, trabajadoras, estudiantes, amas de casa, algunas son solteras e independientes y algunas casadas, por lo que espero encontrar resultados interesantes.

Como ya se mencionó este trabajo ofrece una aportación al campo metodológico de la salud, ya que el estudio de la percepción y la significación permiten una investigación cualitativa capaz de comprender la realidad a través de la experiencia. Si bien es cierto, la Promoción de la Salud tiene un carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad, sino a los determinantes sociales de la salud. Con este trabajo pretendo también crear y fortalecer determinantes positivos, incorporar criterios de decisiones que pueden mantener el valor simbólico de la comida y reflexionar sobre lo que en la cotidianidad se puede hacer para tener una vida más saludable.

6. El Estado, derecho a la Salud y Sistema de Salud en México

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental establecido desde 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), reconocido en todas las declaraciones universales de derechos humanos del siglo XX. En México el Derecho a la Protección de la Salud (DPS) fue incorporado en 1983 en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Por otra parte en la última reforma de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos publicada el 27-08-2018 de los Derechos Humanos y sus Garantías en el Diario Oficial de la Federación (DOF) que es el órgano en el que se publican las leyes, reglamentos, acuerdos, órdenes y demás actos expedidos

por los poderes de la Federación a fin de que sean observados y aplicados en respectivos ámbitos. Capítulo I. Artículo 1º Se establece que: En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Artículo 4º. Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.

La salud está profundamente relacionada con la dignidad humana, y que garantizarla como derecho humano es una obligación de todas las naciones (Therborn citado por Oliva López Arellano, 2015) dice que:

“La pérdida de la salud provoca impotencia, desconfianza e inseguridad y que la violación del derecho a la salud atenta contra la dignidad de las personas porque limita el desarrollo de sus capacidades y las excluye de las oportunidades que ofrece la vida”.

En este sentido es importante visualizar y trabajar también el enfoque político en materia de salud y cuestionar el que el Estado “garantiza” el derecho a la salud cuando en realidad la mayoría de los mexicanos están satisfechos ni la atención ni el acceso a los servicios, más adelante se hará un análisis del por qué esta afirmación.

6.1 El sistema de salud en México, estructura y cobertura

El sistema de salud en México está Comprendido dos sectores, el público y el privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud (SEDESA), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS)]. El sector privado

comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa.

El sistema mexicano de salud ofrece beneficios en salud muy diferentes dependiendo de la población de que se trate. En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud:

- Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias: Los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, que cubren a 48.3 millones de personas. El IMSS cubre a más de 80% de esta población y la atiende en sus propias unidades con sus propios médicos y enfermeras. El ISSSTE da cobertura a otro 18% de la población asegurada, también en unidades y con recursos humanos propios. Por su parte, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDEÑA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud a 1% de la población con seguridad social en clínicas y hospitales de PEMEX y las Fuerzas Armadas, y con médicos y enfermeras propios
- Los autos empleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias: Se trata de la población no asalariada, que debe distinguirse de la población que trabaja en el sector informal de la economía, que es sólo una parte de aquel universo. Tradicionalmente, este sector de la población había recurrido, para resolver sus necesidades de salud, a los servicios de la SEDESA, los SESA y el IMSS-O, y recibía servicios sobre una base asistencial. En la primavera de 2003, el congreso aprobó una reforma a la Ley General de Salud que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el SPS. Este seguro entró en operación el 1° de enero de 2004 y cubrirá en un lapso de siete años a los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional. Junto con sus familias, estos mexicanos representaban aproximadamente a la mitad de la población del país. En 2008, el SPS contaba con más de 27 millones de afiliados.

- La población con capacidad de pago: Cabe destacar que tanto las personas con seguridad social como los pobres del campo y la ciudad que regularmente hacen uso de los servicios de la SEDESA, los SESA o IMSS-O, utilizan también los servicios de salud del sector privado, en particular los servicios ambulatorios.
- De acuerdo con el artículo 4° de la Constitución Política de México, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos. Sin embargo, no todos han podido ejercer de manera efectiva este derecho.

6.2 ¿Quién financia estos servicios?

La salud en México cuenta con menos recursos que otros países según la OCDE, 2017. En la actualidad, México destina 6.2% del PIB a la salud, menos que el promedio de la OCDE de 8.9%, lo que equivale a \$1,048 dólares per cápita por año (el promedio de la OCDE es \$3,453 dólares per cápita por año).

Los servicios de salud que prestan las instituciones de seguridad social a sus afiliados se financian con contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX y Fuerzas Armadas es el gobierno), las contribuciones del obrero o empleado y contribuciones del gobierno.

La Secretaría de Salud (SESA) y las Secretarías Estatales de Salud (SESA) se financian con recursos del gobierno federal en su mayoría, gobiernos estatales y pagos que los usuarios hacen al momento de recibir la atención.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se financia con recursos del gobierno federal, aunque lo opera el IMSS. El SPS se financia con contribuciones del gobierno federal, los gobiernos estatales y los individuos. Los hogares de menores recursos están exentos de estos pagos. Con estos recursos, el SPS le compra servicios para sus afiliados a los SESA.

Sobre el destino de los recursos en los distintos programas de salud se observan diferencias importantes en cada subsistema. En asistencia pública se asignan más recursos para programas de promoción, prevención y menos para curación y rehabilitación. En la seguridad social, la mayor parte del gasto se concentra en los programas de curación y rehabilitación con menos recursos para promoción y

prevención; finalmente en las instituciones privadas los mayores recursos se asignan a programas de curación y en menor medida para rehabilitación y muy escasamente para promoción y prevención. (Arredondo, A., Recamar, A.; 2003).

6.3 Gasto en salud

En México, los gastos catastróficos por pagos de servicios de salud afectan en mayor medida a la proporción de la población que no cuenta con seguros de salud, que no pertenece a la economía formal y que las más de las veces reciben un ingreso familiar anual muy bajo (aproximadamente 40 millones de habitantes), pues el pago de bolsillo que deben efectuar incluye al transporte, consultas, estudios de diagnóstico y medicamentos que ninguna institución o seguro de salud les cubre. (Arredondo, A., Recamar, A., 2003).

Dada la prevalencia en nuestro país del gasto privado sobre el público y al impacto de gasto de bolsillo como factor de empobrecimiento de las familias mexicanas, el presente trabajo se propone explorar los costos de los servicios que ofrecen los prestadores de servicios privados de salud en la especialidad de cirugía y caracterizarlos como gastos catastróficos o empobrecedores.

En términos de gasto per cápita, el presupuesto total es equivalente a \$2,726 por afiliado, específicamente para los beneficiarios del Seguro Popular el monto es de \$1,168 mientras que en las instituciones de salud de PEMEX el gasto per cápita es de \$10,671.

El gasto público en salud se concentra principalmente en dos instituciones: El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que brinda servicios de salud al 61% de la población mexicana, mientras que la Secretaría de Salud (SEDESA) es responsable del Sistema Nacional de Salud, juntas participan del 70% del presupuesto en salud. Comparando el gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, éste se ha mantenido en la misma proporción desde 2006, alrededor de 11%. En 2006 representó el 11.9% mientras que en 2017 es del 11.2%.

El gasto de bolsillo en México constituye 45% de los ingresos del sistema de salud y 4.0% del gasto de los hogares. Ambas cifras se encuentran entre las más altas

de la OCDE. El gasto de bolsillo no ha disminuido de manera significativa en la última década, a pesar de los esfuerzos por alcanzar la cobertura universal en salud a través de la reforma del Seguro Popular. Las razones por las cuales se mantienen los niveles altos y sostenidos del gasto de bolsillo no son claras. En parte puede ser por la insatisfacción de los individuos con la calidad o la accesibilidad a los servicios que proporcionan las instituciones a las cuales se encuentran afiliados; lo que les lleva a buscar atención médica con prestadores privados. La OCDE, 2017 propone que el Sistema de Salud de México “debe transformarse de ser un conjunto de subsistemas verticales cuyas operaciones estén determinadas por legados históricos e institucionales, en uno que responda a las necesidades cambiantes de los individuos y las comunidades a lo largo de todo el ciclo de vida” y no solo eso, se necesita un sistema de salud que se enfoque en las necesidades de las personas, más que en los acuerdos institucionales históricos, capaz de ofrecer atención preventiva y personalizada con lo que se puede mejorar sustancialmente el acceso, la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad.

6.4 Estrategias, políticas, planes y programas en materia de salud y alimentación en México

En México se han estructurado numerosas estrategias, políticas y programas con componentes orientados a mejorar la alimentación. La mayoría elaboradas en un periodo en el que la obesidad y sus comorbilidades no habían sido identificadas todavía como un problema de salud pública.

Algunos ejemplos son:

- Estrategia PrevenIMSS (2002) que involucra un conjunto de acciones preventivas encaminadas a mejorar la salud de algunas poblaciones específicas. Este es el primer programa de prevención masivo de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas con la dieta³.

³ Las actividades incluyeron una mejor alimentación y nutrición, actividad física y educación en la salud.

- Estrategia Global de Dieta, Actividad Física y Salud (2004) en la cual se hace un llamado a tomar acciones inmediatas para contener esta grave epidemia y su gran carga para las naciones.
- Sobre peso: Estrategias para mejorar el manejo nutricional (2006) con la finalidad de mejorar la alimentación y peso corporal de los pacientes a través de un sistema de alimentación que facilite la adherencia a la dieta y el control de la ingestión calórica
- Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud (2007) con la premisa de que el acceso a la salud es un requisito básico, previo para ejercer los demás derechos y construir una sociedad más equitativa.
- Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) aprobado en (2010) que es una política integral que sigue el modelo recomendado por la OMS⁴ para prevenir obesidad⁵.
- Estrategia PrevenISSSTE (2010) del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. que busca brindar atención integral a la salud y promover el desarrollo social, biológico y psicológico de los derechohabientes, de forma incluyente y sustentable, privilegiando las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

⁴ Organización Mundial de la Salud.

⁵ Uno de los logros más importantes de los compromisos establecidos en el acuerdo es la creación de *“Los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar en los planteles de educación básica”* creados por la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Secretaría de Salud (SEDESA) los cuales entraron en vigor el 1 de enero de 2011. Y aunque se supervisan mediante un comité de establecimiento del consumo escolar, no hay sanciones en caso de incumplimiento.

Actualmente, el ANSA se ha cumplido de manera parcial, pues algunas acciones, como la Norma del Etiquetado Frontal, aún no se han implementado, principalmente por el rechazo de la industria de alimentos.

- Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (2013) dicha estrategia promueve la construcción de una política pública nacional que genere hábitos de consumo alimenticio saludables y la realización de actividad física en la población, involucrando a los sectores público y privado, así como la sociedad civil.
- Programa de prevención de la obesidad y sobrepeso para servidores públicos (2016) de la Dirección General de Desarrollo Social. Con el objetivo de fomentar buenos hábitos alimenticios y la importancia de la actividad física.
- Programa Estatal Intersectorial para la Prevención, Tratamiento y Combate del sobrepeso, obesidad y trastornos alimentarios del estado de México y sus Municipios (2016) con el fin de llevar a cabo acciones anticipatorias de promoción a la salud y prevención de sobrepeso, obesidad y trastornos alimentarios, a través de la implementación de sus programas de trabajo y el funcionamiento de sus comités municipales de salud, asimismo dar el enfoque de atención de calidad a los pacientes con sobrepeso, obesidad y trastornos alimentarios.
- Programa de Prevención y Regresión del Sobrepeso y la Obesidad (PPRESyO), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2017) con la finalidad de mejorar la alimentación, la calidad de vida, la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y, en su caso, el tratamiento temprano de las mismas.

Enseguida enunciaré algunas recomendaciones al área política descritas por Rivera Dommarco, et al., 2018. Que me parece pertinente considerar no solo para la elaboración de programas y políticas públicas en materia de alimentación sino como parte de la formación y el trabajo de los profesionales de la salud, los servicios de salud públicos y privados y como parte del sistema educativo del país.

- Actualizar y fortalecer el marco legal para la implementación de las políticas y programas de prevención y control de obesidad y para evitar conflictos de interés.
- Promover un sistema alimentario que favorezca el consumo de dietas saludables y que minimice los impactos ambientales.

- Incluir y reforzar las intervenciones para la prevención de la obesidad en etapas tempranas de la vida.
- Implementar intervenciones para garantizar entornos alimentarios saludables, espacios recreativos seguros y educación alimentaria en las escuelas.
- Fortalecer la regulación de la promoción y publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a niñas y niños.
- Modificar el actual etiquetado frontal de alimentos con base en las recomendaciones de expertos en nutrición y salud.
- Mantener y fortalecer las medidas fiscales (impuestos/subsidios) para aumentar el costo de alimentos y bebidas no saludables y reducir el costo de alimentos saludables.
- Facilitar y promover estilos de vida activos y mejorar los espacios públicos y el transporte para fomentar la actividad física.
- Aumentar la detección y mejorar la calidad de la atención del paciente con obesidad y sus comorbilidades.
- Desarrollar un plan de comunicación basado en evidencia para el cambio de comportamientos relacionados con sobrepeso y obesidad, con enfoque en el curso de vida y con alcance nacional.

Otras recomendaciones del Grupo académico para el estudio, la prevención y el tratamiento de la obesidad y el síndrome metabólico de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales de Alta Especialidad, 2008 son:

- Tratar y analizar el sobrepeso y la obesidad en conjunto haciendo necesaria la visión de un continuum y énfasis en que la obesidad en sí misma debe de asumirse ya como una enfermedad.
- La aplicación de las Estrategias en unidades médicas del sistema nacional de salud no debe ni puede ser el mismo desarrollado en el nivel comunitario dada su magnitud y trascendencia en el contexto nacional y, ya que el sistema nacional de salud se encuentra saturado, es necesario desahogar en lo posible este problema desde el punto más cercano al origen, punto que se sitúa en el auto cuidado.

- Cambiar los mensajes de difusión, enmarcados dentro de los campos de la educación, la promoción y la mercadotecnia social pues no tienen el impacto deseado.
- Abarcar distintos niveles partiendo del individual, comenzando por los trabajadores de la salud que, a su vez, deben convertirse en promotores de conductas saludables.

Si bien es cierto las recomendaciones están dirigidas a las autoridades del poder ejecutivo y legislativo, en el ámbito federal, también se dirigen a organismos de la sociedad civil quienes pueden desempeñarse como importantes aliados del Estado en el diseño, difusión, vigilancia y evaluación de dichas políticas.

Como estos existen muchos otros planes, programas y estrategias encaminadas a evaluar y frenar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población mexicana, sin embargo, la mayoría de las instituciones y distintos servicios realizan esfuerzos aislados, en asistencia e investigación; por lo que no existen lineamientos, programas o abordajes multidisciplinarios coordinados que trabajen conjuntamente con el enfoque de integralidad y que además incluyan estrategias conductuales como parte de la atención y el tratamiento. En general las acciones institucionales son desarrolladas con fines de incidir en el control de factores de riesgo y dependen de la interacción paciente-servicios de salud, en la que, la Promoción y Educación para la Salud son poco consideradas pero también representan un área de oportunidad para efectuar acciones directamente con la población.

6.5 Niveles de atención en salud en los Centros de Salud, Secretaria de Salud.

La estructura orgánica de los Centros de Salud no se encuentra descrita en ninguna fuente bibliográfica por lo que la información la obtuve a través de preguntas abiertas a una persona colaborador del Centro de Salud T-I “Ave Real”. Para fines de este trabajo se enunciará la distribución estructural de los Centros de Salud en la tabla siguiente (ver tabla1), cabe mencionar que dicha distribución está basada según las necesidades de la población y la cantidad de usuarios

adsritos a los servicios. Los centros de salud se clasifican en tres niveles T-I, T-II y T-III.

Tabla 1. Distribución estructural de los Centros de Salud	
Niveles de atención	Características
T-I	Está constituido por un equipo de salud, que corresponden a tres personas que están en medicina, enfermería y trabajo social. Más una persona de intendencia. Nota: En algunos casos se cuenta con servicio dental.
T-II	Está constituido por entre dos y cinco equipos de salud que corresponde hasta quince personas; puede haber de dos a cuatro médicos, uno o dos enfermeros/as y uno o dos trabajadores/as sociales, más el personal de administración y el servicio dental. Más una o dos personas de intendencia.
T-III	Está constituido por más de cinco equipos de salud, que corresponden a más de quince personas; se cuenta con dirección, administración, responsables de área de atención médica, epidemiología, enfermería, servicio dental y trabajo social. Más de dos personas de intendencia. Nota: En algunos casos se cuenta con laboratorio, rayos X, ultrasonido, psicología, entre otros servicios.

Fuente: Elaboración Propia.

6.6 Antecedentes históricos del Centro de Salud Ave Real

Los antecedentes del centro de salud no se encuentran descritos en ninguna fuente bibliográfica por lo que la información se obtuvo a través de preguntas abiertas a una persona colaborador del centro de salud “Ave Real”, con más de quince años de experiencia y con personas de la colonia que fueron de las primeras en poblar la colonia.

El centro de salud “Ave Real” se encuentra ubicado en calle Zacua, Col. Ave Real, cp. 01560 Ciudad de México (CDMX) en la alcaldía Álvaro Obregón, comenzó a funcionar en el año de 1979 cerca de donde se encuentra actualmente, era un pequeño cuarto de tabique y lámina, y solo contaba con un médico.

Para el año de 1981 comenzó a funcionar como lo hace hasta nuestras fechas. Este pertenece al nivel T-I y es dependiente del Centro de Salud Comunitario C.S.C T-III “Dr. Manuel Escontría” ubicado en calle Frontera #15, Col. San Ángel, cp. 01000 Ciudad de México, CDMX.

El Centro de Salud Ave Real cuenta con las áreas de Medicina Interna, Odontología, Trabajo Social, Enfermería y archivo clínico. Su plantilla consta de seis personas (1 medico, 1 odontóloga, 1 trabajador Social, 1 enfermera y 1 encargada de archivo, más 1 persona de intendencia).

La colonia “Ave Real” tiene aproximadamente 13, 904 habitantes de los cuales 800 están dados de alta actualmente como derechohabientes al Centro de Salud, de esta población más del 50% son mujeres que oscilan entre los 13 y los 70 años de edad.

7. Objetivos

7.1 Objetivo general

- Conocer algunas percepciones, significaciones y realidades socioculturales de las mujeres de 35 a 45 años de edad que asisten al Centro de Salud “Ave Real” en la alcaldía Álvaro Obregón en torno a la alimentación.

7.2 Objetivos específicos

- Describir y analizar las percepciones de las mujeres respecto a la alimentación y cuáles son sus limitaciones.
- Identificar el rol y la importancia de las mujeres en relación con la alimentación y con su entorno familiar.
- Centrar la Promoción de la Salud como eje para que participantes logren mejorar sus estilos de vida.

8. Marco teórico

Este trabajo contiene teorías y análisis de estudio basados principalmente en el Modelo emancipador de Promoción de la Salud en el que se centraran las significaciones, representaciones y la reproducción social en este caso en torno a la alimentación y el ser mujer. Además, retoma parte del Modelo histórico social, específicamente los determinantes sociales de la salud con el fin de complementar y enriquecer esta investigación, así como resaltar la importancia del Promotor de la Salud, el impacto y el valor que tenemos en la comunidad como agentes de cambio.

8.1 Antecedentes históricos de Promoción de la Salud

Para este apartado enunciaré algunas propuestas de las distintas conferencias de Promoción de la Salud celebradas hasta la fecha sin embargo éstas se basan en la Promoción de la Salud institucionalizada y consideran a la comunidad como un todo, sin tomar en cuenta las particularidades de cada comunidad y de cada país como la economía y la política.

- Primera conferencia Internacional Sobre Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, Canadá en 1989 en la que se definió salud y Promoción de la Salud como: “La salud es la fuente de riqueza de la vida cotidiana”. “La Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma...”.
- Segunda conferencia Internacional Sobre Promoción de la Salud “Declaración de Adelaida”, celebrada en Austria del Sur en 1988; hace hincapié en la necesidad de establecer políticas públicas favorables a la salud y se pone de relieve la necesidad de evaluar las repercusiones de las decisiones políticas en la salud, señalando que: “los gobiernos y todas las otras entidades que ejercen el control sobre los recursos son responsables ante su gente de las consecuencias para la salud de sus políticas, o de la ausencia de políticas”.
- Años más tarde se llevó acabo la Declaración de Sundsvall, sobre los ambientes favorables a la salud celebrada en Sundsvall, Suecia en 1991 permitió identificar numerosos ejemplos y planteamientos para crear ambientes

favorables a la salud que pudieran ser utilizados por los responsables políticos, los encargados de las decisiones y los activistas comunitarios en los sectores de la salud y el medio ambiente. Con finalidad de que: “el ambiente –el ambiente físico, el ambiente socioeconómico y el ambiente político- apoye a la salud en lugar de dañarla.”

- Cuarta Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, Declaración de Yakarta sobre la Adaptación de la Promoción de la Salud al siglo_XX celebrada en Yakarta, Indonesia en 1997 en la que se examinó la repercusión hasta el momento de la Carta de Ottawa e incorporó a nuevos actores con el fin de afrontar los retos mundiales. Fue la primera de las Conferencias Mundiales sobre Promoción de la Salud que se celebró en un país en desarrollo y la primera que incluyó al sector privado de una manera activa. Las pruebas presentadas en la conferencia y las experiencias del decenio anterior indicaron que las estrategias de Promoción de la Salud contribuyen por igual a la mejora de la salud y la prevención de las enfermedades en los países desarrollados y en desarrollo. Estos resultados ayudaron a renovar el compromiso con las estrategias claves y llevaron a un mayor refinamiento de los enfoques para asegurar su pertinencia. En esta se identificaron cinco prioridades:
 1. Promover la responsabilidad social por la salud.
 2. Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud.
 3. Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud.
 4. Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.
 5. Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud
- Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Promoción de la salud: hacia una mayor equidad celebrada en la Ciudad de México en 2000 estableció un compromiso para posicionar a la Promoción de la Salud como una estrategia fundamental en la agenda política y de desarrollo de los países, compromiso reafirmado en la Carta de Bangkok.
- Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en la que:

Surge la Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, celebrada en Bangkok, Tailandia en 2005 donde se establecen

las medidas, compromisos y promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado. Así mismo, la Carta de Bangkok insta a todas las partes interesadas a unirse en una alianza mundial de promoción de la salud, que impulse compromisos y medidas a nivel mundial y local.

- Séptima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Nairobi (Kenia) en 2009. La única celebrada hasta el momento en un país africano. Uno de sus resultados fundamentales fue el Llamamiento de Nairobi, que: “define las estrategias clave y los compromisos que deben cumplirse urgentemente para subsanar las deficiencias en la ejecución en la esfera de la salud y el desarrollo, haciendo uso de la promoción de la salud para lograrlo”. Además, el llamamiento establece más de 70 acciones encaminadas a subsanar las deficiencias en la Promoción de la Salud.
- Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en Helsinki, Finlandia en 2013 bajo el lema “Salud en todas las políticas”. Con los objetivos de:
 - Estimular el intercambio de experiencias sobre la promoción de la acción intersectorial.
 - Revisar los distintos enfoques para dar cuenta de las barreras y crear capacidad para la aplicación de la salud en todas las políticas.
 - Revisar los avances, impacto y alcance desde la Conferencia de Ottawa.
 - Abordar la contribución de la promoción de la salud en la renovación y la reforma de la atención primaria de la salud.
- Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en Shanghai, República Popular China en 2016 “Promover la salud, promover el desarrollo sostenible: Salud para todos y todos para la salud” en la que: Se reafirmó que la salud es un derecho universal, un recurso esencial para la vida diaria, un objetivo social compartido y una prioridad política para todos los países.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) establecen el deber de invertir en la salud, de garantizar la cobertura sanitaria universal y de reducir las desigualdades sanitarias entre las personas de todas las edades. Estamos determinados a no dejar a nadie atrás.

Sin embargo, muchas de las acciones enunciadas en las conferencias solo se quedan en la teoría al igual, que los planes, las políticas y las estrategias descritas anteriormente. Es un trabajo que evidentemente lleva tiempo y requiere del trabajo en conjunto del Estado, las instituciones y la población.

Resulta indispensable demandar y utilizar adecuadamente los servicios y productos y que, como beneficiarios de estos, promovamos el cambio y la retroalimentación a los responsables de los programas o políticas, para ajustar su diseño y operación y así hacerlos más efectivos. Además de estar al tanto de los cambios y comprender que estos cambios dependen de todos.

8.1.1 Promoción de la Salud

La salud es un concepto construido, una idea que ha ido cambiando a lo largo del tiempo y puede variar de una cultura a otra. Respecto a la Promoción de la Salud es importante resaltar que hay muchas maneras de nombrarla y definirla y que no todas sus prácticas están relacionadas con la enfermedad o los estilos de vida. Sin embargo, el término Promoción de la Salud se ha utilizado indistintamente para nombrar prácticas centradas en la enfermedad, particularmente en las instituciones de salud; la mayoría incluyen e incluso dependen del uso de objetos que el mercado convierte en mercancía y además está inmersa en luchas de poder para definir su carácter, especificidad y discurso (Guzmán Pizarro, L., Angulo Menassé, A., García Cárdenas, D., y Gómez Pananá, M., 2016).

Para fines de este trabajo vamos a entender la Promoción de la Salud como el proceso que permite a las personas tener un mayor control sobre su salud para mejorarla. La Promoción de la Salud busca disminuir los riesgos, transformar de manera positiva las condiciones de vida, mejorar los mecanismos de decisión colectiva, a los procesos individuales de toma de decisiones para lograr que sean favorables para la vida.

8.1.2 Algunas estrategias de Promoción de la Salud

Las estrategias de Promoción de la Salud pueden trabajarse de manera conjunta o individual, algunas son la elaboración de políticas públicas favorables para la salud, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales, la creación de entornos propicios a la salud y la reorientación de los servicios de salud

Por otro lado, la carta de Ottawa identifica tres estrategias básicas que son: La abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales, facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial en salud y la medicación a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

Es importante destacar que la mayoría de las prácticas de Promoción de la Salud se realizan sin una referencia clara y explícita a un modelo teórico; Pero al revisarlos se puede definir que están realizados a partir de un marco explicativo en el que diversas categorías las orientan y les dan sentido.

Muchos trabajos de investigación en el campo se dedican a identificar la efectividad de las acciones en Promoción de la Salud mientras que los enfocados a generar nuevas teorías son escasos, (Guzmán, et al., 2016). Sin embargo, generar nuevas teorías no depende solo del investigador sino del trabajo que estamos realizando y de la población con las que se trabaja.

8.1.3 Corriente alternativa de Promoción de la Salud

La corriente alternativa de Promoción de la Salud es la oposición a la corriente dominante, estas prácticas alternativas de Promoción de la Salud son diversas y no contienen marcos explicativos comunes.

Pueden derivar de muchos ámbitos como planteamientos teóricos originados en corrientes de pensamiento que provienen de las ciencias sociales. Por otro lado, algunas prácticas han surgido de las necesidades de grupos populares organizados para generar estrategias diferentes a los servicios proporcionados por el Estado, otras propuestas han emanado de ámbitos académicos, en función de las propias limitaciones de las prácticas dominantes (Guzmán, et al., 2016).

8.1.4 Empoderamiento y Modelo emancipador de Promoción de la Salud

El término empoderamiento es definido por la OMS como el “Proceso a través del cual la gente gana un mayor control sobre decisiones y acciones que afectan a su salud” y propone que el objetivo final del empoderamiento es que se adopten cambios de conducta frente a su salud.

Es importante que los profesionistas de la salud seamos capaces de generar estrategias basadas en competencias⁶ para que las personas y la población en general pueda modificar sus conocimientos, creencias y conductas para ser autónomos y responsables de su propia salud. Lo ideal es integrar a la población antes de la enfermedad.

El modelo o corriente emancipador de Promoción de la Salud fue surgida en los años noventa al interior del Diplomado en Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X) y su fundadora y principal aurora es la Dra. María Consuelo Chápela Mendoza.

Una de las características más sobresalientes de esta corriente es que rechaza del concepto de salud comúnmente aceptado que dictó la OMS y propone parte del espíritu general de la conferencia de Ottawa celebrada en 1989 de percibir a la salud como un recurso de los seres humanos más que una meta:

... “Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe de ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto

⁶ Una competencia se define como una “combinación de componentes cognitivos, habilidades prácticas, conocimientos (incluyendo el conocimiento tácito), motivación, orientación de valores, actitudes, emociones y otros elementos sociales y del comportamiento, interrelacionados entre sí, que en conjunto puedan ser movilizados para una acción efectiva”

de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas".

Además, esta corriente propone que para redefinir la salud hay que tomar en cuenta algunas características esenciales del ser humano, entendido como:

...un ser integral que se desenvuelve dentro de un ambiente; en él influye un sinnúmero de características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Está dotado de conciencia, inteligencia, voluntad, intencionalidad, afectividad y creatividad, en síntesis, de una personalidad, que obedece a su ubicación temporal (momento histórico) y espacial (lugar donde habita) Alonso Palacio, L., y Escorcia de Vásquez, I., (2003).

Esta perspectiva empoderante-emancipadora considera al sujeto en lo individual y en lo colectivo independientemente si éste participa pasivamente o activamente.

La finalidad de retomar el Modelo emancipador en esta investigación es porque se busca principalmente que la mujer desarrolle sus capacidades, es decir, que pueda cambiar las condiciones presentes y la recuperación del control de su cuerpo, valores y experiencias.

Recordando que el trabajo del Promotor de la Salud es generar las condiciones que faciliten el fortalecimiento de las mujeres. Reconociéndose a sí mismas como agentes de cambio, mediante la generación de procesos de reflexión-acción transformadora⁷, conciencia⁸ y aprendizaje experiencial⁹ así primero de manera intensiva y posteriormente de forma más marginal, en la medida que su trabajo se vuelva innecesario para las mujeres. García David (s/a).

En esta investigación mi papel como Promotora de la Salud es intervenir en las relaciones pedagógicas con la finalidad de facilitar procesos en los se tome en

⁷ En la que se aportan y se analizan elementos de experiencia además de que la reflexión permite reformular los proyectos.

⁸ De los discursos de poder que a través de la historia se han corporeizado y que tienen gran influencia en la forma de vida de las personas.

⁹ Este no surge a partir de una experiencia positiva sino de una reflexión efectiva, Torbet dice que además implica la conciencia de las cualidades y las consecuencias propias de la experiencia como la persona la experimenta.

cuenta a la comunidad, buscando que las mujeres identifiquen sus intereses con la finalidad de que ellas participen de manera activa y consciente en la construcción de nuevos saberes y al mismo tiempo se espera que ambas partes se involucren en acciones de transformación además de ser más críticas y así solucionar problemas que le son significativos.

8.2 Determinantes de la salud y Determinantes sociales de la salud

El modelo de los determinantes de la salud que se difundió en el conocido Informe Lalonde sobre “Nuevas perspectivas de la salud de los canadienses”, publicado por el Ministerio de Sanidad canadiense en 1974, el cual supuso un apoyo pedagógico muy útil para agrupar y describir los diversos factores y condiciones que influyen en el proceso salud-enfermedad, tanto a nivel individual como poblacional.

Por otra parte la OMS publicó en 2008 un informe sobre determinantes sociales de la Salud (CDSS) y definidas como las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo los propios sistemas de salud para el desarrollo de competencias y para el manejo adecuado de la salud (ver esquema 1) con la finalidad de superar las desigualdades en salud¹⁰.

En Promoción de la Salud y en las carreras afines a la salud es primordial el conocimiento de los determinantes sociales¹¹ y los determinantes sociales de la salud¹² incluyendo la carga genética como parte del determinante clásico de la biología humana¹³.

¹⁰ Para superar las desigualdades sociales en salud se requiere de una intervención intersectorial.

¹¹ Son una dimensión subjetiva que se refiere a la interpretación y a la forma como se viven y enfrentan los procesos salud-enfermedad desde la intersubjetividad colectiva.

¹² Dependiendo de sus características, pueden actuar como factores protectores de la salud o como factores de riesgo, produciendo las desigualdades.

Esquema 1. Determinantes sociales de la salud

Determinantes sociales de la salud

Determinantes Estructurales: Generan o refuerzan la estratificación en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual.

Determinantes Intermedios: Estos se presentan entre los determinantes estructurales y la desigual distribución de la salud y el bienestar en la población y se agrupan en seis apartados (ver esquema 2).

Posición social: Estratificado social más relevante en el marco conceptual que explica las desigualdades sociales en salud entre la población.

Género y raza/etnia: Estratificados de la división social, que frecuentemente se interrelacionan con la posición social., también está ligada a la cultura (hombres y mujeres, niños y niñas).

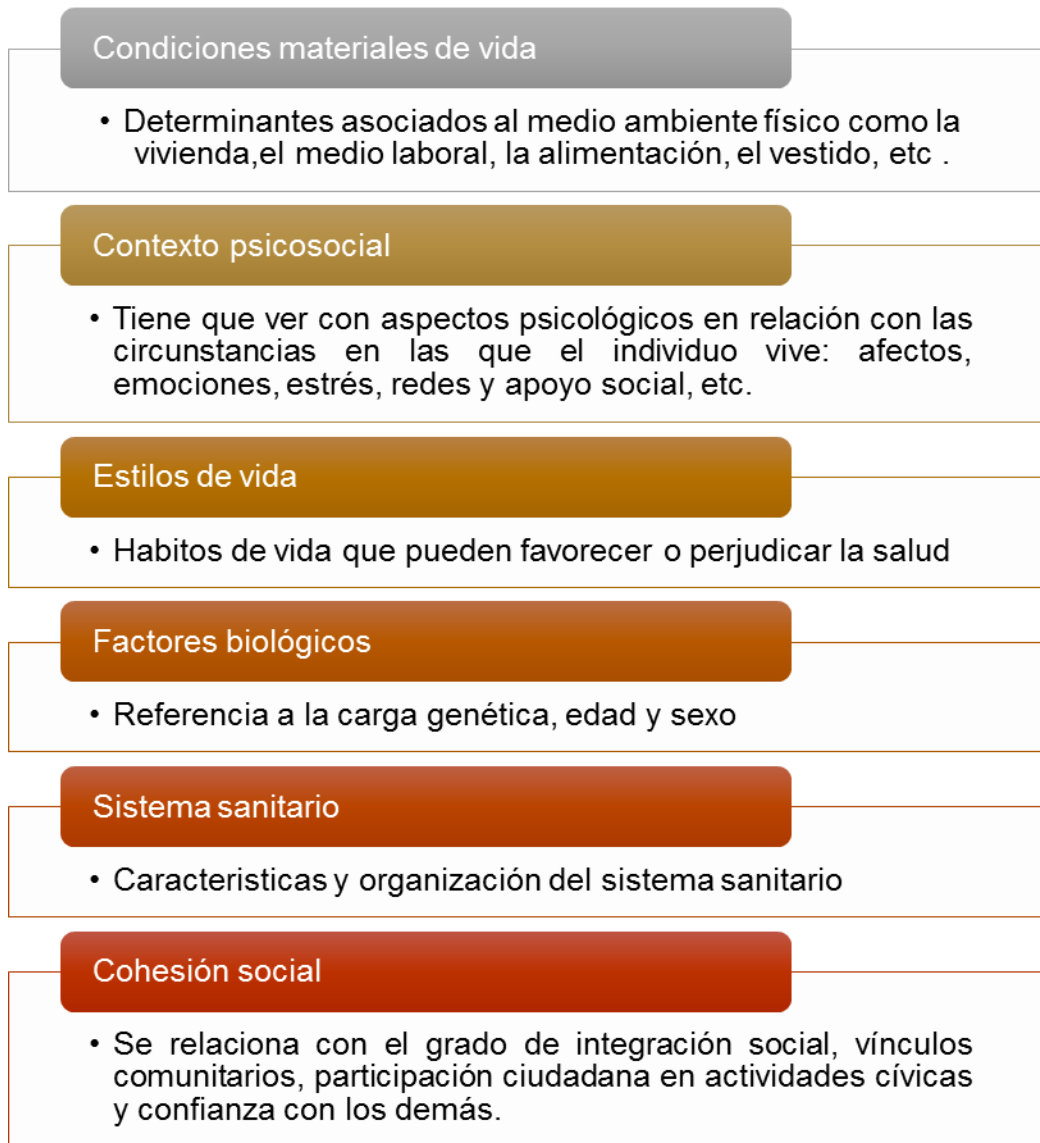
Contexto socioeconómico y político: Referente a las características del gobierno, a las políticas públicas (macroeconómicas, sociales, sanitarias, educativas, del mercado de trabajo, etc.), a la cultura y a los valores de esa sociedad*

Fuente: Elaboración Propia.

*En relación con la alimentación se han utilizado conceptos como autosuficiencia, soberanía y seguridad alimentaria para referirse al papel que juega el Estado en apoyar (o no) la producción de alimentos y asegurar su abasto.

¹³ Lo cual puede resultar criticable, especialmente en esta época en que la genética humana constituye un eslabón clave en la investigación y en el desarrollo de las ciencias de la salud.

Esquema 2. Determinantes intermedios de la salud



Fuente: Adaptado a partir del Informe de la OMS CDSS, 2008.

8.3 Determinantes sociales de la enfermedad

El conocimiento de la producción social de la enfermedad es primordial para el desarrollo de competencias que incidan de manera positiva en la salud, por ejemplo: “capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así está” Barragán, H. L., Moiso, A., Mestorino, M., Ojeda, O. A , (2007). Quienes además proponen cuatro implicaciones interesantes de la producción social de la enfermedad (ver tabla 2)

que podemos considerar como parte del compromiso social que adquirimos al dedicarnos al desarrollo humano.

Tabla 2. Implicaciones para la producción social de la enfermedad

Estrategias para mejorar la salud de la población, las cuales requieren una visión de justicia social, respaldada por una organización activa para cambiar políticas y normas sociales y económicas injustas	La ausencia de interés sobre la equidad social, el crecimiento económico y las intervenciones de salud pública pueden terminar agravando las desigualdades sociales en salud
Un marco sistemático para delinear la responsabilidad gubernamental para promover y proteger la salud	Ser actores importantes supervisando las desigualdades sociales en la salud

Fuente: Elaboración Propia.

Además de promover acciones para el desarrollo de aptitudes personales para la salud (promoción de alimentación correcta), desarrollo de entornos saludables (escuela y sitios de trabajo), acciones comunitarias (actividades en espacios públicos) que busquen generar entornos favorables para que el individuo y la comunidad, así como reforzar el apoyo de la familia, pues, como ya se explicó es muy importante en la construcción del individuo, la comunicación al interior de las familias tal vez constituya uno de los elementos más importantes ya que permite saber cómo la familia puede dificultar o facilitar los procesos a los que se somete una persona a lo largo de la vida.

8.4 Género y Roles de género

El concepto de género se empleó por primera vez en 1950 en el ámbito de la psicología médica, sin embargo, fue hasta 1968 que Robert Stoller¹⁴, en un estudio sobre identidad en el cual se demostró que el comportamiento femenino y masculino no es el sexo biológico concluyendo que la adquisición social de la

¹⁴ Psiquiatra y psicoanalista norteamericano iniciador iconoclasta de la identidad sexual, la diferencia de los sexos, la sexualidad en general.

identidad sexual es más importante que la carga genética, hormonal o biológica con la que los seres humanos nacen (INMUJERES, 2007) (Ver esquema 3).

Esquema 3. Identidad



Fuente: Elaboración propia.

El concepto de género es definido por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) como: “categoría utilizada para analizar cómo se definen, se representan y se simbolizan las diferencias sexuales una determinada sociedad”. Considerando históricamente y socioculturalmente las formas en que hombres y mujeres construyen su identidad así los cambios a través del tiempo y las variaciones culturales (Ver esquema 4).

Esquema 4. Construcción del concepto de género



Fuente: Elaboración propia.

*Incorporados en las reglas de funcionamiento de las instituciones públicas y privadas.

En cuanto a la naturaleza femenina el androcentrismo¹⁵ la acerca al mundo de las emociones, la abnegación, la debilidad y al cuidado de la familia; mientras que a la naturaleza masculina se le coloca en la razón, la fuerza y el trabajo. Lo cual fundamenta atributos que valoran lo masculino como superior y lo femenino como inferior mediante mecanismos sociales, económicos, culturales y jurídicos que además perpetúan la desigualdad y que se vive actualmente. Por ejemplo, la división sexual del trabajo, en el que el tipo de tareas limitan el desempeño de las mujeres y también de los hombres, llamados también roles de género descritos en el ABC de género (INMUJERES, 2007) como:

- Rol productivo: Son aquellas actividades que se desarrollan en el ámbito público y que generan ingresos, poder, autoridad, reconocimiento y status.
- Rol reproductivo: Relacionada con la reproducción social y actividades que garanticen el bienestar y la supervivencia de la familia (alimentación, educación, aseo...).
- Rol de gestión comunitaria: Son actividades que se realizan en una comunidad para asegurar la reproducción familiar (participación voluntaria en actividades comunitarias).

Aun cuando los roles de género varían prevalece la distribución desigual de responsabilidades domésticas y reproductivas afectando los activos económicos y el capital social como el acceso a la información y a la tecnología; así como la educación y el empoderamiento.

8.5 Rol de la mujer y su relación con los alimentos

Entre los componentes que condicionan la seguridad alimentaria y nutricional, se encuentra el factor de consumo de alimentos, que está determinado por las costumbres y prácticas de alimentación. Generalmente, la mujer adquiere la responsabilidad de la crianza y el cuidado de los hijos e hijas, incluyendo la responsabilidad de velar por la alimentación de la familia entera, socialmente son

¹⁵ Visión del mundo que tiene como eje principal a los hombres, sus actividades y los valores asociados a la masculinidad, es decir, segmenta a los hombres y mujeres según sus roles.

responsables de mantener el bienestar de los integrantes del hogar, sin importar la edad, el grado de estudios, los ideales o metas, desde niñas se les enseña que vivir para el otro u los otros es lo mejor que saben y pueden hacer.

Las mujeres encabezan o son el principal sostén de aproximadamente el 28.5% de los hogares mexicanos (INEGI, 2017) lo cual, en general propicia condición de vulnerabilidad, principalmente en situaciones de pobreza. Cuando el status nutricional y el status socioeconómico de la mujer son críticos y no puede protegerse a ella misma, tampoco puede hacerlo con su familia ni los miembros de la sociedad, entonces, es necesaria una nutrición adecuada para el desarrollo del capital humano¹⁶.

Por lo que las mujeres con menor influencia o poder dentro del hogar y de la comunidad no podrán garantizar una distribución justa de los alimentos y bienes, entonces, si se reduce la asimetría de género, se beneficia toda la familia. En otras palabras, el bienestar de la mujer garantiza el bienestar de su familia, lo cual tiene beneficios no solo a mediano plazo, sino también para las siguientes generaciones.

Oniang'ó; Mukudi, (2002) estipulan que: “Cuando hay desigualdad de género la hay también en el acceso y el control de los activos, lo cual tiene consecuencias severas tanto para proveer comida, cuidar y tener acceso a los servicios de salud e higiene” y que esto no afecta solo a la mujer sino a toda la familia.

En la actualidad las mujeres siguen teniendo la responsabilidad primaria de criar a los hijos y no solo eso, las mujeres tienden a tener menos tiempo para cubrir sus propias necesidades (ya sea de descanso o de otro tipo) debido a su carga de responsabilidades: productivo, reproductivo y social; descritas anteriormente.

¹⁶ El poseer capital social es crucial para el desarrollo humano sostenido y el desarrollo económico.

8.6 Alimentación y Patrón alimentario

El tema de la alimentación puede abordarse desde distintas perspectivas: económicas, políticas, sociales, de salud, culturales, históricos, por la disponibilidad, el acceso y el aprovechamiento de los alimentos, por las largas jornadas laborales, la urbanización los efectos nocivos de la publicidad, particularmente en televisión y las redes sociales; la constante exposición a alimentos y bebidas de alto contenido calórico, alimentos ricos en grasas, azúcares y sodio, así como una gran oferta de estos alimentos en los lugares que se concurren, lo cual ha incurrido en un cambio importante en el papel alimentario, dichos cambios pueden afectar tanto la selección como la preparación y por supuesto el aporte de nutrimentos. Domínguez (s, f) define la alimentación como:

“...un hecho social que funciona como medio de relación e interacción entre las personas dentro de la cultura” también que es producto del entorno social y constituye un rasgo característico de la cultura local y que es además una “interacción de influencias” ambientales, cognitivas, fisiológicas y socioculturales.

Cuando se presenta alguna enfermedad como las (ENT), las cuales están relacionadas directamente con el patrón alimentario, generalmente se dice que las causas o los factores son multifactoriales y se consideran en primera instancia los componentes genéticos y metabólicos, después la oferta híper calórica y por último se relacionan a la poca actividad física; considerar los parámetros médicos por supuesto que es necesario. Pero se deben tomar en cuenta muchos otros factores que van más allá las implicaciones y consecuencias en la salud de los individuos y más allá de los costos económicos para el gobierno e incluso más allá del malestar que pueda ocasionar en la vida de las personas. Así como considerar las implicaciones simbólicas, las percepciones culturales y sociales en torno a la alimentación. Bitácora Social (s.f.) propone que:

La comida adquiere significados que van mucho más allá de lo funcional dejando de ser una “necesidad básica” o “solución biológica” para convertirse en otra cosa mucho más compleja” y qué: La comida es “algo” mucho más grande que sus nutrientes; incluye cuestiones funcionales o

prácticas como sabor, función nutritiva o satisfacción, pero también implica cuestiones emocionales o simbólicas como la evocación de momentos o la proyección de bienestar individual y, sobre todo, familiar. Bitácora Social México S. de R.L. de C.V., alianza para una vida saludable y consejo mexicano de la industria de productos de consumo, A.C. Hábitos y decisiones cotidianas: Percepciones y realidades socioculturales, funcionales y simbólicas en torno a la alimentación de la familia de clase media mexicana. Bitácora Social (s.f.).

Por otro lado la conducta alimentaria¹⁷ o patrón alimentario¹⁸ es un aspecto trascendental en el estado nutricional, aspecto en el que se ha perdido interés y que se ha estudiado de manera subjetiva, pues tiene muchas influencias, particularmente el ambiente en el que los seres humanos nos desarrollamos, aunado a que los comportamientos en torno a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar¹⁹ y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el status social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales.

En primera instancia y como ya se mencionó la madre es principalmente la transmisora de pautas alimentarias, que si bien son saludables pueden prevenir enfermedades; pues generalmente es quien decide que comprar y como preparar los alimentos, lo cual cobra importancia en los primeros años de vida²⁰.

¹⁷ Conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. los factores que determinan la conducta alimentaria de un individuo se relacionan con una red de influencias de tipo biológico, familiar y social.

¹⁸ Conjunto de productos que un individuo, familia o grupo consumen de manera cotidiana, de acuerdo a un promedio habitual de frecuencia estimado en por lo menos una vez al mes (Torres, 1997).

¹⁹ La familia ha sido conceptualizada por la antropología y la sociología como una institución articulada con la sociedad, ligada a la conservación de la vida y a la socialización de nuevas generaciones.

²⁰ Las buenas condiciones ambientales y de cuidado permiten que los niños se sientan mejor alimentados.

En la cocina se recrean las identidades familiares y sociales, las pautas culturales²¹ y los hábitos, los roles y el vínculo doméstico, el placer o el rechazo por algunos alimentos; que van asociados con la personalidad (Domínguez, s. f.) y que puede originar que comer sea un acto impulsivo, pues las familias se alimentan de lo que piensan, lo cual puede ser sano, culturalmente aceptable y económicamente posible.

Conocer la alimentación familiar permite que desde la Promoción de la Salud se contribuya al desarrollo de mejores estrategias de intervención, que respondan no solo a la necesidad social sino individual y generalmente se evalúa por el ingreso familiar. Sin embargo, el ingreso familiar no permite conocer la dinámica de manejo de ingresos al interior de la casa.

Es innegable la importancia que tiene la familia como principal factor educativo y, en este sentido, ha sido considerada de manera positiva como un elemento de fomento de creatividad y del cumplimiento de las actividades generalizadas en los miembros de la familia (González, M., Oliva, L., 2009).

La familia es la principal agencia de transmisión de valores y desarrollo moral del individuo.

8.7 Dimensión biológica y sociocultural de los alimentos

Desde la perspectiva de la antropología, la alimentación humana debe ser comprendida como un fenómeno complejo, dado que como expresión sociocultural atraviesa a la totalidad de la actividad humana en contextos biológicos, sociales y culturales en el transcurso de su historia (Aguilar, 2014). Los alimentos no sólo tienen un valor nutricional-biológico intrínseco, sino que, además, son una estimación cultural que juega un papel importante en los resultados finales de la elección de un patrón dietético, las personas primero “piensan” los alimentos y si son clasificados por su mente y por su código cultural, los ingieren.

Los estudios antropológicos sobre alimentación realizados en México han sido divididos en dos grupos: la antropología de la alimentación, que se enfoca en el

²¹ Tienen todo que ver con la situación socioeconómica, los estilos de vida, el espacio y la temporalidad.

análisis de los alimentos como una forma de comprender procesos sociales y culturales, y la antropología de la nutrición, que describe los componentes de la alimentación de determinados grupos sociales en relación con el estado nutricional de sus integrantes.

No obstante, la adopción de los hábitos alimentarios no se realiza de manera homogénea en todos los estratos sociales, de ahí que, la alimentación en México, se clasifique de acuerdo al grado de aceptación que los alimentos industrializados tienen entre la población además dependen de diversos factores que pueden considerarse determinantes que influyen en la alimentación.

8.8 Determinantes económicos de la alimentación

Existen diversos factores que afectan e influyen en la alimentación, el económico es uno de ellos ya que el ingreso es determinante para la cantidad de alimentos, el tipo de dieta, los servicios a los que se tiene acceso y a la realización de actividad física que implica otros gastos y que se traducen junto con la compra de medicamentos, en una significativa carga a la economía familiar. Pero no es solo eso sino el reto económico que representa para el país, dada la magnitud del problema. (José Félix García, et, al, 2010) resalta dos aspectos básicos referentes a la dimensión económica del sobre peso y la obesidad, estos son: El costo para la salud individual en sí mismo y los llamados "costos de la enfermedad".

La enfermedad no es normalmente el objetivo o resultado deseado de ninguna decisión ni proceso productivo ya que el costo está entendiendo como algo no deseado, que pudiera ser evitado. Al hablar de costos de la enfermedad, se intenta resumir los costos que ésta genera por concepto de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

En la actualidad, según el informe de la OCDE antes citado, México tiene que canalizar 190 mil millones de pesos del gasto público hacia la atención de los problemas de salud asociados a la obesidad, esto es, la mitad del presupuesto de todas las instituciones públicas de salud.

En este sentido resulta importante también tratar de entender en qué medida las intervenciones son efectivas y cuánto costará ponerlas en práctica. Para de alguna manera incidir también en el gasto que implica prevenir y atender este problema.

Para tener una aproximación a la evaluación de la accesibilidad a la atención sanitaria es necesario estudiar la utilización que la población hace de los servicios sanitarios y, especialmente, los determinantes sociales que influyen en esa utilización. Estos determinantes se pueden clasificar en dos grandes grupos:

- Características de la población, que incluyen: variables demográficas (edad, sexo, raza), variables socioeconómicas (ocupación, nivel económico, nivel de instrucción, trabajo y empleo), valores y creencias, relaciones sociales, etc.
- Características del sistema sanitario: Políticas de salud (a nivel nacional, regional y local), la organización del sistema y la accesibilidad a los servicios.

8.8.1 Accesibilidad y equidad como determinante de la alimentación

La información más reciente indica que somos uno de los países más desiguales del mundo. Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2015), a pesar de ser la 14ª economía mundial, en México hay 53.3 millones de personas padeciendo pobreza multidimensional. Esto significa que casi la mitad de la población mexicana (45.5 por ciento) es tan pobre como hace veinte años. Como resultado, siete de cada 10 mexicanos se encuentra en inseguridad alimentaria.

Accesibilidad en salud y equidad en la atención sanitaria son conceptos diferentes, la equidad en la salud, no puede entenderse sólo en términos de distribución igualitaria de la atención sanitaria. Se trata de niveles de actuación diferentes en el abordaje de las desigualdades sociales en la salud.

La superación de las desigualdades sociales en salud, requiere de una intervención intersectorial. Para tener una aproximación a la evaluación de la accesibilidad a la atención sanitaria es necesario estudiar la utilización que la población hace de los servicios sanitarios y, especialmente, los determinantes sociales que influyen en esa utilización.

La atención a la salud de las mujeres en México es un asunto de carácter público. Las bases del Sistema Nacional de Salud (SNS), vinculadas a la situación laboral de los afiliados, explica la organización y fragmentación que la caracterizan. Por un lado, la seguridad social se ocupa de los trabajadores del sector formal, jubilados y familiares; por otra parte, la población no asalariada y la que no cuenta con algún seguro médico es atendida por la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud y por el Programa IMSS-Oportunidades. Estos factores influyen sobre la cobertura de la salud de las mexicanas.

De acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud (SEDESA), 93.6 millones de mexicanos, el 80.9% de la población total, es usuaria de los servicios de salud pública en tanto que utilizó los servicios al menos una vez al año. En términos relativos, los servicios estatales de salud y el Seguro Popular son los dos sistemas que mayor proporción de mujeres atienden.

A pesar de que las instituciones de salud pública atienden a más mujeres que hombres, no logran cubrir las necesidades de atención en salud de todas las mexicanas. Según el último Censo de Población y Vivienda, la tercera parte de las mujeres no cuenta con ningún servicio de atención a la salud. Estas cifras varían según la entidad federativa a la vez que es mayor el porcentaje de población de mujeres sin cobertura en las zonas indígenas y rurales.

En relación al cuadro epidemiológico del país, se observa que el rápido crecimiento del sobrepeso y la obesidad, relacionados con la diabetes y la hipertensión, afecta más a las mujeres. A pesar de que las mujeres tienen mayores necesidades en lo que a cobertura de salud se refiere (especialmente por maternidad), los gastos que realizan los hogares en seguros médicos, incluyendo cuotas a clínicas y hospitales, cuotas al seguro popular y cuotas a compañías de seguros, son altamente desiguales tanto según el tipo de hogares como entre sexos. Mientras en los hogares más pobres no se realizan pagos a compañías de seguros, en los hogares no pobres el porcentaje de ese tipo de pagos para atender a las mujeres llega al 47.1%. En términos más generales, en el mismo año el gasto trimestral promedio en los hogares pobres fue de 170 pesos mexicanos

(13 USD) para la salud de las mujeres y de 303 pesos (23 USD) para los hombres (INMUJERES, 2010).

8.8.2 Significaciones y significado personal como determinante de la alimentación

Las significaciones son un elemento de la identidad personal que se refiere a las formas de interpretación de las vivencias del sujeto, se van construyendo y reconstruyendo en las dinámicas sociales, según los recursos cognitivos y emocionales de éste; tienen que ver no solo con el hecho de conocer, sino que nos lleva a un proceso de reflexión-acción que implica realizar un análisis amplio y profundo de quién somos, qué queremos, para qué o por qué... Con ello podemos “entendernos mejor” en este caso mirar la alimentación de una manera integral y consciente y contextualizar la alimentación saludable no como un objetivo sino como parte de un todo, lo que en Promoción de la Salud consideramos como parte de un proceso biopsicosocial.

A medida que los seres humanos crecemos, descubrimos al mundo con un sin fin de oportunidades de ser un “mejor” hombre o “mejor” mujer, con el constante reto de ser personas de “bien”, “exitosos (as)” pero muchas veces nos perdemos en las exigencias de los otros, tratando de encontrar identidad, haciendo mayormente lo que para otros debe ser.

Se enseña cómo hablar, cómo caminar, cómo observar, cómo comer, qué hacer y cómo ser, constantemente se reproducen patrones todo el tiempo, tratando de encontrar significado y sentido a lo que se hace, lo que se quiere y lo que se es...

Se idealiza “lo mejor”, lo “correcto” y lo “normal”. La sociedad actualmente se rige a través de obtener la satisfacción inmediata, de individualidades y peor aún negados a conocer y reconocer lo diferente, incapaces de asumir la responsabilidad colectiva del ser. Para Reich, 2010: “hemos adoptado una actitud hostil a lo que está vivo dentro de nosotros mismos”.

No se acepta, al contrario, se anula y/o discrimina los pensamientos, perspectivas y acciones, dificultando las relaciones humanas, así como el desarrollo individual por el poco reconocimiento, respeto y amor al cuerpo, la mente y el espíritu.

Cada vez vivimos más deshumanizadamente, como parte de una construcción sociocultural que ha ido cambiando a través del tiempo: “el hombre no puede liberarse del todo de su entorno social, pues éste condiciona su metodología y a veces hasta sus resultados” Gould Jay (1986).

Evidentemente es el individuo quien decide lo que va a comer de acuerdo con sus posibilidades y si va a incrementar su actividad física. Así, podría beneficiarse notablemente por cambios que faciliten un estilo de vida saludable. De esta forma es posible apoyar las decisiones y el esfuerzo individual.

Por ello resulta fundamental considerar esta construcción sociocultural cuando estamos en un proceso de cambio y encaminarlo a una construcción sólida y consciente y sobre todo compartida que permita el acompañamiento, la modificación de hábitos y la creación de una vida más saludable que pueda replicarse.

Significar es un acto social y la identidad personal se construye en el intercambio social, en la medida que el sujeto es capaz de identificarse con los otros y diferenciarse de ellos para constituirse como un ser único.

Desde el Constructivismo, la comprensión sobre la identidad personal solo es posible a partir del entendimiento de los distintos factores que coexisten en su constitución, las características propias del sujeto, las situaciones que se viven, las relaciones significativas, los recursos que tiene el sujeto y la cultura del que se es participe juegan un rol fundamental en su construcción, es decir, la identidad personal como un proceso de construcción permanente, implica una relación entre el mundo social y el mundo interno del sujeto²². En el significado personal los intercambios culturales dotan a sus integrantes de rangos que le permiten entender los acontecimientos, generar teorías al respecto y enfrentarlas de una manera particular.

²² El sentido personal se va construyendo a lo largo del desarrollo del sujeto, y si bien es permeable a las modificaciones del sujeto y de su identidad personal producto de la relación constante con el entorno y los otros, una vez constituido, las posibilidades de modificación son más bien escasas.

Actualmente, la sociedad, se vive el riesgo más grave y es creado o manufacturado por la sociedad misma, es construido por el conocimiento y por la tecnología, el bombardeo de información con la que aparentemente se cuenta para mantenerse saludables suele resultar contraproducente puesto que el acceso a la información es fácil y gratuito se ha dejado de consultar a los profesionales en salud. Para este trabajo y a manera de justificar lo mencionado anteriormente realice una búsqueda en internet en la que grupos de Facebook, aplicaciones para Android, videos de YouTube, otras páginas web y múltiples testimonios en los que los consejos y los “tips” para perder peso o “sentirse aparentemente bien” no solo confunden sino que desinforman respecto a temas de alimentación, actividad física y belleza son cada vez más frecuentes, desmedidos y sin sentido; pues son escritos sin una validación oficial, lo cual también representa riesgos y lo que más preocupa es que las publicaciones en estos sitios en su mayoría son realizadas por mujeres (ver figura 1. y figura 2. Capturas de pantalla de redes sociales y medios en internet).

Fig. 1 Capturas de pantalla de grupos que dan consejos para “bajar de peso y salud”



Fuente: Tomado y modificado de Facebook, 2019.

Fig. 2 Capturas de pantalla de grupos para bajar de peso



Fuente: Tomado y modificado de Facebook, 2019.

Estos riesgos “manufacturados” no solamente se relacionan con la naturaleza, también se extienden a las propias instituciones sociales e impactan las bases culturales de nuestra existencia. Por otro lado, las percepciones tienen que ver un poco más con lo que nos es ajeno en cierta parte. Son factores externos que tienen implicaciones que son dadas por nosotros mismos, y que de alguna manera influyen en nosotros, en nuestras decisiones y por supuesto en las acciones de cada persona y al mismo tiempo se constituye como un sí-mismo biológico, su yo también le permite construirse a través del principio de exclusión como ser

humano individual y ratificar su yo. Morín (1994). Hessel menciona en su texto indignaos que de la indignación nace la voluntad de compromiso con la historia y de esto tiene la resistencia contra la dictadura de los mercados. Sin embargo parece existir en nuestra sociedad y en nuestra mente una profunda negación por lo que nos hace daño. Debemos recordar que son los medios de comunicación quienes están en las manos del poder y que estos se han apoderado de lo que es de todos.

Aceptamos los discursos de los otros pasivamente, dejando de soñar pareciera que no existe un futuro, lo que prevalece es no pensar. Y no solo en temas relacionados con la alimentación sino con la estética, la farmacia, la forma de ser, lo que se hace, lo que se dice, todo parece tener sentido cuando se debe hacer. “Vivimos en democracia, en el estado de bienestar de nuestra maravillosa civilización occidental” (Hessel, 2011).

9. Propuesta metodológica

9.1 Fases de la intervención

Para fines de este trabajo realizaré una investigación cualitativa, de naturaleza transversal y descriptiva.

Fase I Formar el grupo focal, el cual se justifica y se valida en el sentido de ser una representación colectiva a nivel micro de lo que sucede a nivel macro social con la finalidad de conocer las percepciones, significaciones y construcciones socioculturales con la que viven las mujeres en torno a la alimentación.

Esta técnica es una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y semiestructurada (Humuri, 2007) en donde en las mujeres junto con la investigadora discutiremos desde su experiencia personal un compilado de percepciones y significaciones en torno a la alimentación.

Fase II Llevar a cabo el grupo focal y realizar un ejercicio de reflexión. Incluyendo los aspectos determinados que influyen en la selección de los alimentos para poner en práctica e incorporar criterios de decisiones que puedan mantener el valor simbólico de la comida y así tener una vida más saludable.

Fase III Análisis de la información

Presentar el trabajo a la comunidad y a la institución.

9.2 ¿Por qué la metodología cualitativa?

En la metodología cualitativa se puede recopilar información sin generar una hipótesis o una teoría previa en la que se estudia a las personas holísticamente, es decir, tomando en cuenta su pasado y su presente, con ello recuperar valores, habilidades, significados y conocimientos.

El investigador es el instrumento principal para investigar, de ahí que resulta relevante explicitar el lugar que ocupa y el rol que desempeña, tanto dentro como fuera del espacio de estudio, así como de sus creencias e ideología (Hamui, 2007) Propone que:

“El investigador no es un individuo neutro y objetivo, sino un ente subjetivo que porta sus propias experiencias e ideas, las mismas que influyen en su percepción y juicios sobre la realidad investigada”.

Para esta metodología todos los escenarios y las personas son dignos de estudiar. El grupo focal es definido como conjunto de personas ligadas entre sí interactuando, articulando, implícitamente y explícitamente para discutir un tema a debatir. Tiene como objetivo conocer, aprende conceptos e ideas (Humuri, 2007).

Su principal propósito es la interacción de los participantes para que surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones. Además los grupos focales permiten obtener una multiplicidad de miradas y procesos emocionales dentro del contexto del grupo, consideran la importancia que tiene la dinámica social producida entre los miembros del grupo, la cual es relevante para los resultados. Noaks y Wincup (2004) citado por Escobar (s/f).

Esta metodología se fundamenta los paradigmas del realismo y constructivismo los cuales explicaré en la tabla 3.

Tabla 3. Paradigmas del Realismo y el Constructivismo para el grupo focal

Realismo	Constructivismo
Parte de categorías preexistentes para analizar los datos, busca la consistencia del significado entre múltiples análisis y aplica conceptos de confiabilidad y madurez.	Rechaza el supuesto de una única realidad que puede ser revelada a través de un método. El conocimiento depende del contexto y es provisional. Rechaza los conceptos de confiabilidad a favor de estrategias de articulación y reflexión

Fuente: Elaboración propia

El grupo focal requiere de un moderador, escritor o lector, observador y organizador. Como desventajas tiene la comunicación y la planificación. Para fines de este trabajo el grupo focal se llevarán a dos grupos con un límite de diez participantes. Algunos criterios del grupo focal son:

Criterios	Grupo focal
Número de participantes	Seis a diez
Objetivo	Experiencias
Claridad de la interacción	Sí
Nivel de influencia en el grupo	Medio/alto
Nivel de estructura	Bajo
Profundidad de la experiencia	Media
Alcance de la experiencia	Amplio
Participación del moderador	Bajo

Fuente: Elaboración propia

Taylor y Bogdan (1987) sugieren al investigador algunos puntos a considerar para la planificación y la realización del grupo focal que se describirán en la tabla 4.

Tabla 4. Puntos para la planificación y realización del grupo focal y la utilidad de dichos puntos en la investigación

Puntos para la planificación y la realización del grupo focal	Utilidad en la investigación
Desarrollar conceptos y comprensiones partiendo de pautas de los datos y seguir el diseño de la investigación flexible.	Esto permitirá aclarar la pregunta de estudio, con la flexibilidad en cuanto al desarrollo de la investigación se buscará hacer cambios a las preguntas de ser necesario y conveniente.
Ver el escenario y a las personas desde una perspectiva holística, es decir, tomando en cuenta su presente y su pasado.	Esto a partir del grupo focal. En el que se retomarán valores, conocimientos, creencias y experiencias previos al momento de la aplicación
El investigador/a debe ser sensible a los efectos que causa en la otra persona, por ello es importante tener “mucho cuidado” con las preguntas, así como el modo, tono y memento en el que se realizan.	Para lograr ser clara y directa con las preguntas se llevará a cabo la realización de una guía, que además buscará no solo obtener información sino generar un proceso de autoconocimiento y reflexión.
Tratar de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas por ejemplo hablar sin tecnicismos y sin imponer las preguntas como interrogatorio y dando tiempo para responder	La intención de realizar el grupo focal será generar un dialogo que permita generar confianza.

Puntos para la planificación y la realización del grupo focal	Utilidad en la investigación
El investigador debe suspender o apartar sus propias creencias, perspectivas o disposiciones.	Dejar las creencias de lado permitirá que las entrevistadas se sientan más cómodas para hablar y limitará a escuchar y prestar atención a la información, es importante aclarar que se puede dar una opinión, pero jamás juzgar o dudar de lo que se comparte
Énfasis a la validación del trabajo, ajuste entre lo que se dice y se hace. Observando a la persona y escuchando hablar sobre lo que se tiene en mente.	Este punto permitirá que la entrevista fluya de manera adecuada.
Flexibilidad en cuanto al modo en que se desarrolla el trabajo, se siguen orientadores, pero no reglas, métodos rápidos e infalibles	Esto puede generar que se realicen cambios durante la investigación, seguir las guías y técnicas anteriormente expuestas.
Todas las perspectivas son valiosas, se busca una comprensión detallada. Se debe enfocar a lo que se escucha para comprender mejor y obtener más información de acuerdo a la pregunta de estudio.	Si las mujeres se sienten cómodas y en confianza se logrará entablar una conversación sólida y fluida en la que se obtendrá mucha más información y se generarán lazos que permitan conocer lo personal y sentir lo que sienten las demás, así como sentirse identificadas con las otras mujeres (verse como como igual, con sentimientos, valores y con una historia).

Fuente: Elaboración propia

10. Diario de gestión

En este apartado de describiré el proceso de gestión para trabajar en el Centro de Salud T-I y cómo se dio la formación de los grupos para realizar la intervención.

Lugar: Centro de Salud Ave Real

Fecha de la actividad: martes 23 de octubre de 2018

Hora: 11:30 am

Actividad:

Acudí al Centro de Salud con el T.S. Víctor Trejo Morales quién me atendió inmediatamente y realizó una breve entrevista en la cual le hablé acerca del proyecto. Para continuar con el proceso me pidió que me presentara con la Lic. Jackelyn Pérez Mudano jefa del área de archivo clínico. Me presenté con ella y le expliqué sobre mi interés de trabajar con la comunidad y sobre la investigación. Ella me comentó que no había problema pero que para realizar el trabajo debía hacer el trámite de gestión para la aplicación y la validación de esta investigación en la jurisdicción sanitaria de Álvaro Obregón²³ (AO) con la Lic. Cinthya Gómez jefa del departamento enseñanza.

Lugar: Jurisdicción Sanitaria de Álvaro Obregón

Fecha de la actividad: jueves 25 de octubre de 2018

Hora: 9.30 am

Actividad:

Llegué a la Jurisdicción y pregunte por la Lic. Cinthya Gómez quien me atendió a la brevedad y de manera muy amable; ella me entrevistó y me solicitó que elaborara un oficio sellado por la universidad dirigido al Dr. Víctor Javier Kawas Bustamante, director de la jurisdicción sanitaria AO en el que describiera los objetivos del trabajo, la justificación y el cronograma de actividades; para lo que utilice la copia del protocolo de investigación, el cual realicé previamente durante una materia en la universidad.

²³ Ubicada en Calle Rosa Blanca #95, colonia Molino de Rosas, cp. 01470. Alcaldía. Álvaro Obregón, CDMX.

Lugar: UACM Centro Histórico y Jurisdicción Sanitaria Álvaro Obregón

Fecha de la actividad: viernes 26 de octubre de 2018

Hora: 10:00 am

Actividad:

Realicé el documento (Anexo 1) y lo llevé a la coordinación del plantel Centro Histórico para que lo sellaran, posteriormente me presenté con el Mtro. Jaime Molina director de esta investigación para que lo firmara para entregarlo en la jurisdicción con la Lic. Cinthya Gómez, ella me dijo lo “pasaría” a su jefe el Dr. Víctor Javier Kawas Bustamante junto con la copia del protocolo de investigación para que él lo revisará, le hicieran observaciones o se aclararan dudas para que por último me entregaran un acuse dirigido al Dr. Joel A de la Fuente C. Jefe del T-III Centro de Salud Dr. Manuel Escontria²⁴. Ella me propuso que le llamara el miércoles 31 de octubre antes de presentarme para saber si el acuse estaba listo o si había algo que modificar.

Lugar: T-I Centro de Salud Ave Real

Fecha de la actividad: miércoles 31 de octubre de 2018

Hora: 10:00 am

Actividad:

Me comuniqué vía telefónica a la Jurisdicción con la Lic. Cinthya Gómez y me hizo una observación acerca del cronograma que presente en el protocolo el cual no estaba actualizado, al instante me proporciono su correo electrónico para enviar la modificación a la brevedad. Aprovecho para comentarme que ya había pasado el oficio y que solo esperaba la respuesta del Dr. Víctor Javier Kawas Bustamante; que en cuanto tuviera la respuesta se pondría en contacto conmigo ya sea por correo o por teléfono, así que le di mi número de celular; para saber cuándo podría ir a recoger el acuse.

²⁴ Ubicado en la Calle Frontera No. 15, col. San Ángel, cp. 01000 al que pertenece el T-I Centro Salud Ave Real

Lugar: T-I Centro de Salud Ave Real

Fecha de la actividad: miércoles 7 de noviembre de 2018

Hora: 12:15 am

Actividad:

Recibí un correo electrónico en el que me solicitaban ir ese mismo día a recoger el acuse por suerte yo me encontraba cerca de la jurisdicción y llegué a tiempo. También me preguntaron sobre el horario y los días que estaría asistiendo al Centro de salud considerando lo equivalente a horas de servicio social o prácticas profesionales, yo accedí sin problemas y deje en claro que no estaría haciendo ninguna de las dos actividades, entonces ya no dijeron nada.

Lugar: T-III Centro de Salud Dr. Manuel Escontría

Fecha de la actividad: jueves 8 de noviembre de 2018

Hora: 9.00 am

Actividad:

Me presenté en el Centro de Salud para entrevistarme con el Dr. Joel A de la Fuente C. pero él no se encontraba en ese momento y su secretaria me comento que no iba a regresar ese día por lo que me recomendó regresar al día siguiente.

Lugar: T-III Centro de Salud Dr. Manuel Escontría

Fecha de la actividad: viernes 9 de noviembre de 2018

Hora: 9:00 am

Actividad:

Me presenté nuevamente en el Centro de Salud y me atendieron rápido y muy amablemente, me entreviste con el Dr. Joel A de la Fuente C y le explique del trabajo, los objetivos y del porque mi interés de trabajar en Ave Real, a él le pareció interesante y me pidió datos estadísticos, le expliqué que no eran necesarios para mi investigación, sin embargo, él insistió. También me pidió que realizara un documento de consentimiento informado (anexo 2) para dárselo a las mujeres al momento de realizar el grupo focal, me lo pidió para el sábado 10 de noviembre; pero yo propuse hacerlo en ese momento a lo cual accedió, busqué un internet para realizar dicho documento, regresé y me hizo algunas correcciones, regrese al internet y las lleve a cabo. Para medio día ya contaba con la autorización y el documento para comenzar a trabajar y presentarme el lunes al Centro de Salud Ave Real

Lugar: Centro de Salud Ave Real

Fecha de la actividad: México CDMX lunes 12 de noviembre de 2018

Hora: 9:00 am

Actividad:

Llegué al Centro de Salud y no se encontraba aún el encargado espere aproximadamente una hora y cuando llegó me entreviste con él. Me pidió que esperara a la Lic. Jackelyn Pérez Mudano, quien me ofreció trabajar con grupo "Grupo de ayuda mutua" conformado por pacientes con ENT en su mayoría personas adultas mayores; pero le expliqué la finalidad de mi trabajo y los por qué de los grupos de edad. Le propuse lanzar una convocatoria abierta con la intención de concentrar un grupo de mujeres voluntarias y ella accedió. Me explicó también que el Centro de Salud se encontraba en proceso de una certificación por excelencia por lo que la afluencia de pacientes y de personal no iba a ser como es regularmente y que no era necesario asistir en un horario fijo; yo podía acceder y acercarme a ellos cuando yo lo creyera prudente.

Lugar: T-I Centro de Salud Ave Real

Fecha de la actividad: México CDMX martes 13 de noviembre de 2018

Hora: 8:30 am

Actividad:

Realicé tres carteles (anexo 3) con la finalidad de que algunas mujeres se acercaran de manera voluntaria, estos los coloqué en diferentes puntos dentro del Centro de Salud.

La Lic. Jackelyn Pérez me invitó a asistir a una plática sobre ansiedad que ella daría al grupo de ayuda mutua el día jueves 15 de noviembre.

Lugar: T-I Centro de Salud Ave Real

Fecha de la actividad: México CDMX jueves 15 de noviembre de 2018

Hora: 10:00 am a 14:00 horas

Actividad:

Fui al Centro de Salud como asistente a la plática “Ansiedad”, eramos siete asistentes y se fueron incorporando hasta llegar a doce, pasaron un video de Walt Disney también sobre ansiedad. El objetivo principal de la plática y del video era que reconociéramos los factores relacionados con la ansiedad, cuáles son sus síntomas y cómo se trata, gustó la dinámica del grupo porque todos eran personas muy activas, positivas y agradables. Me invitaron a participar en otras actividades como ejercicio y baile por lo que me quede con ellos.

Me salí un momento y el T.S. Víctor Trejo me pidió escribir en una hoja de manera breve sobre el proyecto con la finalidad de apoyarme para juntar a mujeres interesadas en participar en el proyecto. Me pidió mis datos personales incluido mi número telefónico para estar más en comunicación. Posteriormente me solicitó que trabajara junto la Lic. En nutrición para hablar brevemente sobre el día Mundial de la Diabetes celebrado el 14 de noviembre, con la finalidad de reflexionar sobre la importancia de la Promoción de la Salud y la prevención de la diabetes. Él me presento ante el grupo y todos fueron muy empáticos y amables. Pasamos a dar la información de manera muy breve respecto al día internacional de la diabetes y se les entregó información impresa a los asistentes. Por motivos institucionales me pidieron me presentara en el Centro de Salud hasta el viernes 23 de noviembre

Lugar: T-I Centro de Salud Ave Real

Fecha de la actividad: viernes 23 de noviembre

Hora: 10:00 am a 14:00 horas

Actividad:

Un día antes, el día 22 de noviembre el T.S Víctor Trejo hizo un grupo de WhatsApp en el que agrego a mujeres interesadas en participar en el proyecto lo cual me entusiasmo mucho y él me pidió ir al día siguiente

El viernes llegué al centro de salud a buscar al T.S pero él no se encontraba y me atendió la Lic. Jackelyne pero no sabía nada; se disculpó conmigo y me pidió regresar el lunes

Lugar: Centro de Salud Ave Real

Fecha de la actividad: lunes 26 de noviembre

Hora: 10:00 am a 14:00 horas

Actividad:

Me presenté al Centro de Salud y trabajé con el T.S él hizo una lista con los datos de mujeres que también estaban interesadas en participar y de las que ya estaban integradas al grupo de WhatsApp. Además, me presto el directorio para que yo buscará a más mujeres en ese rango de edad me presto el teléfono y muy amablemente me prestaba su celular para llamarles a quienes no encontrara en su domicilio. Procedí a llamarles y de diez mujeres tres accedieron. Las agregue al grupo para tener una primera reunión el martes 27 de noviembre. Esta y el resto de las actividades realizadas con las mujeres se describirán de manera más clara y puntual en las siguientes cartas descriptivas.

11. Cartas descriptivas

Carta descriptiva		No. De sesión 1			
Nombre de la actividad: Presentación del proyecto “Del plato a mí boca”					
Lugar: T-I Centro de Salud Ave Real		Fecha de la actividad: México CDMX miércoles 27 de noviembre del 2018			
Nombre del facilitador: Lucero Liliana Franco Soto					
Perfil de las participantes: Mujeres de 35 a 45 años derechohabientes del Centro de Salud Ave Real					
Objetivo general: Presentación personal y del proyecto, así como los porqués de trabajar con ellas. Además de aclarar dudas y fijar una fecha para llevar acabo el grupo focal.					
Tema	Aprendizaje	Estrategia y dinámica a desarrollar		Técnica	Material y tiempo
		Facilitadora	Participantes		
Generar integración grupal y dar a conocer a las participantes el tema a trabajar	Presentación del grupo al que nombramos “Del plato a mi boca” y determinamos la fecha para realizar la actividad	Di la bienvenida y agradecimiento por su asistencia, se hizo la presentación del proyecto	Escuchan y opinan	Expositiva	Pizarrón Plumón 30 min
Total de Participantes: 4 mujeres					
Dificultades: Se esperaba que se presentaran en promedio 10 mujeres					

Carta descriptiva			No. De sesión 2		
Nombre de la actividad: Grupo focal					
Lugar: T-I Centro de Salud Ave Real			Fecha de la actividad: México CDMX miércoles 5 de diciembre del 2018		
Nombre del facilitador: Lucero Liliana Franco Soto					
Perfil de las participantes: Mujeres de 35 a 45 años que asisten y se atienden en el Centro de Salud Ave Real					
Objetivo general: Realizar el grupo focal con las mujeres					
Tema	Aprendizaje	Estrategia y dinámica a desarrollar		Técnica	Material y tiempo
		Facilitadora	Participantes		
Grupo Focal I	Presentación personal y de formación académica ante las asistentes. Presentación entre ellas en las que se destacó su interés por participar en el grupo	Di la bienvenida y les agradecí por su participación. Pedí autorización para grabar y les di el consentimiento informado (anexo 3) para que lo leyeran y firmaran.	Se presentaron de manera breve y hablamos un poco sobre ellas. Discutieron sobre el tema mientras se lanzan las preguntas guía	Discusión grupal	Cámara de video Grabadora Consentimiento informado Libreta Pluma 45 min
Tema	Realización del grupo	Procedimos a iniciar la sesión			
Total de Participantes: 2 mujeres					

Carta descriptiva

No. De sesión 2

Dificultades: Se esperaba que se presentaran en promedio 10 mujeres y que llegaran entre las 11:00 am y las 11:10 y una llego puntual y la otra media hora más tarde lo cual atraso la sesión, no realice la actividad de integración que se tenía planeada dado el número de asistentes así que únicamente nos presentamos. El equipo de audio y video no llego y los compañeros que iban a apoyarme para tomar notas y gestionar el grupo tampoco, ese momento fue incómodo para mí y pienso que para las mujeres que estaban conmigo también.

Pero hicimos la sesión y al final resultaron cosas muy interesantes, ellas se mostraron motivadas y satisfechas lo cual me encanto.

Carta descriptiva		No. De sesión 3			
Nombre de la actividad					
Presentación del proyecto “Del plato a mí boca”					
Lugar: T-I Centro de Salud Ave Real			Fecha de la actividad: México CDMX lunes 10 de diciembre del 2018		
Nombre del facilitador: Lucero Liliana Franco Soto					
Perfil de las participantes: Mujeres de 35 a 45 años que asisten y se atienden en el Centro de Salud Ave Real					
Objetivo general: Realizar el grupo focal con las mujeres					
Tema	Aprendizaje	Estrategia y dinámica a desarrollar		Técnica	Material y tiempo
		Facilitadora	Participantes		
Grupo Focal	Presentación personal y de formación académica ante las asistentes. Presentación entre ellas en las que se destacó su interés por participar en el grupo Realización del grupo	Di la bienvenida y les agradecí su participación. Pedí autorización para grabar y les di una hoja de consentimiento informado (anexo 3) para que lo leyeran y firmaran. Procedimos a iniciar la sesión	Discutieron y hablaron sobre el tema mientras se lanzan las preguntas guía	Dinámica de la Papa caliente “como actividad para la presentación. Discusión grupal	Cámara de video Grabadora Consentimiento informado Libreta Pluma 50 min

Carta descriptiva	No. De sesión 3
Total de Participantes: 4 mujeres	
Carta descriptiva	No. De sesión 3
<p>Dificultades: Esperaba que se presentaran en promedio 10 mujeres y que llegaran entre las 11:00 am y las 11:10 pero no fue así lo cual resultó un poco desagradable y frustrante, pero continuamos con la sesión. Tenía planeada una dinámica de integración llamada Ensalada de frutas* la cual no se pudo llevar a cabo porque las mujeres que asistieron no eran suficientes y porque una estaba embarazada y la otra tenía un bebé en brazos,</p> <p>*Esta actividad requiere de movimientos rápidos y correr en algunos casos.</p>	

12. Análisis de resultados

Respondiendo a la primera pregunta de investigación ¿Por qué es importante para mí conocer los aspectos relacionados con las percepciones, significaciones y condiciones socioculturales en torno a la alimentación de las mujeres que asisten al Centro de Salud “Ave Real” ubicado en la delegación Álvaro Obregón? Quiero priorizar que es importante para mí por mi formación y experiencia; creo que como profesionales de la salud se nos olvida considerar los factores que van más allá de la dieta como los económicos, los sociales, los geográficos, inclusive el género. Me parece que las deficiencias institucionales representan un área de oportunidad importante para las y los Promotores de la Salud.

En la mayoría de los sistemas de salud, incluyó el Centro de Salud en el que trabajé, se considera el número de pacientes “atendidos” y se deja de lado la calidad de los servicios, el aprendizaje y sobre todo la reflexión de los usuarios en torno a su vida y sus saberes. Me hace sentido el hecho de que aparentemente tanto los usuarios como los servidores son conscientes de lo que hace falta... Sin embargo, no se hace nada; en esta investigación por ejemplo, pareciera que las mujeres saben y reconocen lo que no es bueno ni sano, no solo en la alimentación, sino en la cotidianidad, como no hacer ejercicio, hacer ejercicios espirituales, estar tristes, ver tanta televisión, vivir estresadas y corriendo y aun así no hacen nada al respecto. La gente “sabe” pero no lo pone en práctica.

La segunda pregunta de investigación de esta tesis es: ¿Estas mujeres consideran que su alimentación y que sus prácticas alimentarias pueden ocasionar problemas de salud? La cual fue resuelta, pues las mujeres si consideran sus prácticas alimentarias pueden ocasionar problemas no sólo en su salud, sino en la de los miembros de su familia, sin embargo, existen factores que podrían considerarse más bien excusas (principalmente la falta de dinero y la falta de tiempo) para no alimentarse adecuadamente, ni tener una mejor calidad de vida, es decir, no se hacen responsables de sí mismas.

Considero que es importante modificar los hábitos, y no sólo eso, hay que modificar también el pensamiento y las prácticas; evidentemente hay que hacerlo

de manera paulatina pero constante, tomando en cuenta la disponibilidad de las personas y nuestras cualidades profesionales pues no se trata únicamente de trabajar en sesiones y grupos en los que se preste el espacio y el dialogo; se trata de que las personas puedan llevar el aprendizaje consigo mismas, fuera del grupo, con su familia, vecinos, amigos y desconocidos.

Por ultimo tenemos la pregunta ¿Cuál es el rol de estas mujeres respecto a la alimentación en su entorno familiar? El rol de estas mujeres en general es que ellas son las encargadas al cien por ciento de proveer, preparar y educar a sus hijos respecto a la alimentación, en el caso de las madres solteras el ingreso es un extra que depende de ellas, además la relación con sus hijos en ambos casos son muy distintas, por la diferencia de trabajos, de edades en los hijos e hijas y principalmente por la localización de sus casas, pues para quien tiene más accesibilidad al supermercado, al tianguis y al transporte le es más práctico y útil comprar al día, incluso comer fuera de casa y para quien le es más difícil prefiere comprar todo lo de la semana en un solo día, y tener comida en casa para no estar saliendo ni “batallar”.

Hablar de la mujer en términos generales es muy complejo, pero hablar de la mujer madre, jefa de familia lo es más porque aún en nuestros días la carga socio-cultural que representa ser mujer es mucha, en este trabajo se desataca la responsabilidad que las mujeres para con sus familias y lo complicado que es para ellas hablar de ellas mismas, es decir, comenzaban respondiendo acerca de ellas y terminaban hablando de sus hijos e hijas o de sus esposos, incluso de más familia.

Otro comentario en común relevante es que la respuesta de la comunidad no fue la que yo esperaba, lo cual me llevó a cambiar la planeación de los ejercicios de intervención y toda la perspectiva inicial que tenía sobre la investigación, mi visión del impacto que como Promotora podría tener en ellas. Las mujeres que asistieron al primer grupo focal tenían muchas cosas en común, ambas madres solteras de adolescentes y jóvenes adultos. Ellas de la misma edad, 38 años, trabajadoras y con ideas relativamente similares sobre lo complejo de ser mujer y ser madres; resaltaron que ser mujer representa una gran responsabilidad y que aún hay

muchos estigmas en contra de quienes prefieren ser solteras e independientes. Otra conclusión en común fue el dinero y la economía, pues para ellas tienen mucho que ver con lo que se consume en casa, así como la accesibilidad, en otras palabras, la cercanía para adquirir ciertos productos.

Algo que me parece sumamente importante destacar es que ambas coincidieron que hace falta información para alimentarse correctamente, sin embargo, después ambas también dijeron que desde niñas se les enseñó a alimentarse correctamente, lo cual me lleva a pensar en las contradicciones y las justificaciones en las que regularmente caemos para no afrontar nuestra responsabilidad.

Una decía “yo como grasa, papitas y refresco, pero mis hijos no, porque yo soy la mamá y yo sí puedo, pero ellos no” Caí en cuenta en que es otra manera de negarnos a cambiar a querer llevar una vida más sana y consciente, porque me dijo también “sé que no está bien y que puedo prevenir muchas enfermedades, porque cuando te vienen así es donde uno se arrepiente”.... ¿Y entonces? Aparentemente sabe que no está bien, pero hay algo tan arraigado como son las costumbres y los medios que no permiten que uno mire más allá. Tuvieron muchas diferencias en su manera de expresarse, sus estilos de vida y su forma de interactuar en el grupo.

Por otro lado, el segundo grupo focal era muy diferente, todas mamás una embarazada, la mayoría de los hijos e hijas niños y adolescentes, sólo una trabaja y las demás son amas de casa.

En este grupo la mayoría de las mujeres habló de sus hijos durante el grupo focal y aunque las preguntas estaban encaminadas a ellas y para que hablaran de ellas, comenzaban a hacerlo, pero al final en más de la mitad de las preguntas hablaron sobre sus esposos, la escuela y los niños, entonces puedo decir que ellas no se priorizan a pesar de reconocerse como pilares de sus hogares y como parte fundamental de la vida de sus familias.

Las conclusiones en las que ellas coincidieron son que ser mujer es hacer todo, que los hombres no tienen iniciativa para muchas cosas y que el dinero es un factor muy importante para la alimentación. Más de una dijo: “mi esposo me

ayuda”, “me da la oportunidad de hacer cosas”... Parece increíble para mí, que percibo otro mensaje, que sigamos pensando que nos hacen un favor.

Todos juntos debemos velar porque nuestra sociedad sea una sociedad de la que podamos estar orgullosos. No es más que cuidarnos a nosotros mismos para poder cuidar a los demás.

Creo que lo más nos hace falta en lo individual y lo colectivo es comprometernos y hacernos responsables de nosotros mismos, reforzar nuestras acciones, valores y actitudes a favor de nosotros mismos.

Me parece que la dinámica del grupo focal me permitió y a las mujeres no hacer las cosas de manera mecánica, lo cual nos lleva a ejecutar un acto de libertad y aunque no fue lo que esperaba me enriqueció en gran medida porque me obliga a romper con lo ya tenía pensado. Todo lo que sucedió me sirvió para darme cuenta de que nada sale como lo planeas, que la mejor intención a veces no significa mucho para otros. Si tomamos en cuenta los distintos modos de vivir, pensar, los distintos modos de reaccionar y comportarse, si tomáramos en cuenta la generosidad seguramente seríamos personas más amorosas, felices y libres y no solo podremos complementarnos de los demás sino que seríamos capaces de enseñar la autorresponsabilidad y practicarla.

Esta experiencia me llevó a pensar en mi realidad personal y profesional, me ayudo a tener una mirada más amplia y más humana. Además pude desarrollar habilidades y competencias extras a las adquiridas en la universidad y sobre todo pude dejar en las mujeres que participaron en este proyecto un poco de mí y de lo que tanto amo hacer.

Algunas de las principales limitaciones con las que me encontré durante esta investigación fue la petición del Dr. Joel Arturo de la Fuente Camarena la cual consistía en desarrollar de manera estadística lo obtenido en esta investigación, lo cual me lleva a pensar en cómo se manejan la institución por aquellos datos duros que por la calidad o calidez de los servicios que las usuarias en este caso reciben, sin considerar la falta de participación y de interés por parte de la comunidad. Otra limitante fue la certificación a la que se enfrentaba el Centro de Salud Ave Real T-I

la cual nos llevó a posponer las actividades y las fechas tanto de aplicación del grupo focal como de la entrega de resultados.

13. Conclusiones

Las personas mencionan que algunos de los obstáculos que tienen para alimentarse saludablemente son la falta de dinero, conocimiento y tiempo para preparar alimentos saludables, tal como se menciona la ENSANUT 2016. En los grupos focales las mujeres coincidieron sin saber en que la falta de dinero y la falta de información es de las principales causas del por las que no se alimentan saludablemente.

Recordemos que alimentarnos va más allá de comer y nutrirse, es un proceso complejo en el que hay que considerar múltiples factores incluidas las percepciones y significaciones, las cuales influyen en la toma de decisiones y los comportamientos de cada uno de nosotros.

En esta investigación menciono alrededor de diez estrategias y planes encaminados a mejorar la alimentación, sin embargo son aislados y no tienen un enfoque multidisciplinario en el que se consideren los saberes y las experiencias de la población. Esto por un lado representa áreas de oportunidad para la Promoción de la Salud, pero también representa obstáculos puesto que se centran en las interacciones “paciente-servicios” que es como se trabaja actualmente, las personas, en este caso las mujeres, no son más que sujetos y números dentro del sistema, que poco se interesa por si la gente aprende, se responsabiliza de los procesos por los que están pasando o simplemente si saben por qué están ahí.

Por otro lado, retomo las conferencias de Promoción de la Salud, aparentemente claras, incluyentes y universales; sin embargo algunos de los principales puntos de las distintas conferencias son: La necesidad de generar políticas públicas, la creación de ambientes favorables, la responsabilidad social, la inversión en salud, trabajar con la capacidad de empoderamiento de los individuos y las comunidades, los determinantes de la salud, que “Las estrategias deben cumplirse urgentemente”, que se debe “abordar la Promoción de la Salud en la renovación y la reforma de la atención primaria” porque de esta manera los Promotores

podremos trabajar y enfocarnos en promover ambientes saludables, prevenir enfermedades y atender de manera conjunta e integral basados en las necesidades de la comunidad, antes y después de la enfermedad.

En la última conferencia se reafirmó la salud como un derecho universal, sin embargo, como pasa con las estrategias y planes a nivel nacional, parece que son sólo propuestas, teorías que se quedan en el papel.

Estas estrategias no pueden ni deben ser igual para todos. Se requiere partir de lo individual, es decir, del autocuidado, como un elemento fundamental para la construcción de sociedades saludables. Se requiere cambiar los mensajes de difusión considerando la promoción y la educación en salud, para tener mayor impacto y que este sea el deseado. Es necesario tener claras las obligaciones del Estado y conocer nuestros derechos. Si bien es cierto que es importante trabajar estos temas desde la infancia no hay que olvidarse de los demás grupos de edad; las mujeres tienen un rol muy importante y primordial en la alimentación de su familia, pero no hay que delegar la responsabilidad del hombre como apoyo y agente de cambio.

14. Anexos

Anexo 1. Acuse

CIUDAD DE MÉXICO

JSAO/CAP/ 009704 /2018

ASUNTO: Autorización de trabajo de intervención para Proyecto de Tesis estudiante de Licenciatura de Promoción a la Salud

Ciudad de México, a 29 de octubre de 2018.

DR. JOEL ARTURO DE LA FUENTE CAMARENA
JEFE DE UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
DEL C.S. T-III DR. MANUEL ESCONTRIA
PRESENTE

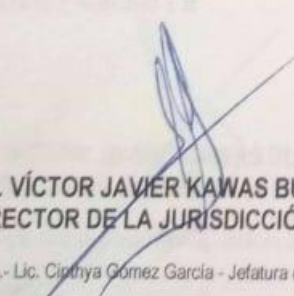
Por este medio, presento a usted, a la **C. Lucero Liliana Franco Soto**, estudiante de la licenciatura de Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, quien solicita autorización para realizar un trabajo de intervención sobre, las significaciones, percepciones y construcciones del ser mujer, en torno a la alimentación, en la población que acude al **C.S. T-I Ave Real**, como parte de su proyecto de tesis titulada "Del plato a mi boca".

Por tal motivo, solicito a usted, le sean brindadas las facilidades a la estudiante antes mencionada, para la ejecución de dicha intervención, en el C.S. T-I Ave Real, a partir del **12 de noviembre del presente año** y hasta que concluya dicha intervención de 8:00 a 12:00 hrs.

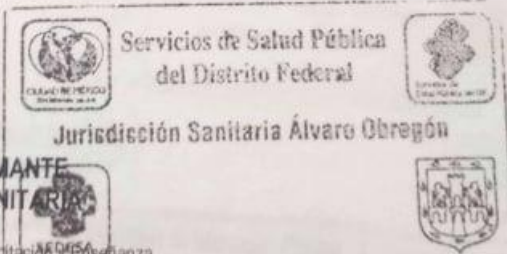
No omito mencionar, que al término del tiempo estipulado de permanencia en la unidad a su cargo, la interesada se compromete, a presentar y compartir los resultados que obtenga.

Esperando contar con su colaboración, sin más por el momento reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE


DR. VÍCTOR JAVIER KAWAS BUSTAMANTE
DIRECTOR DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA

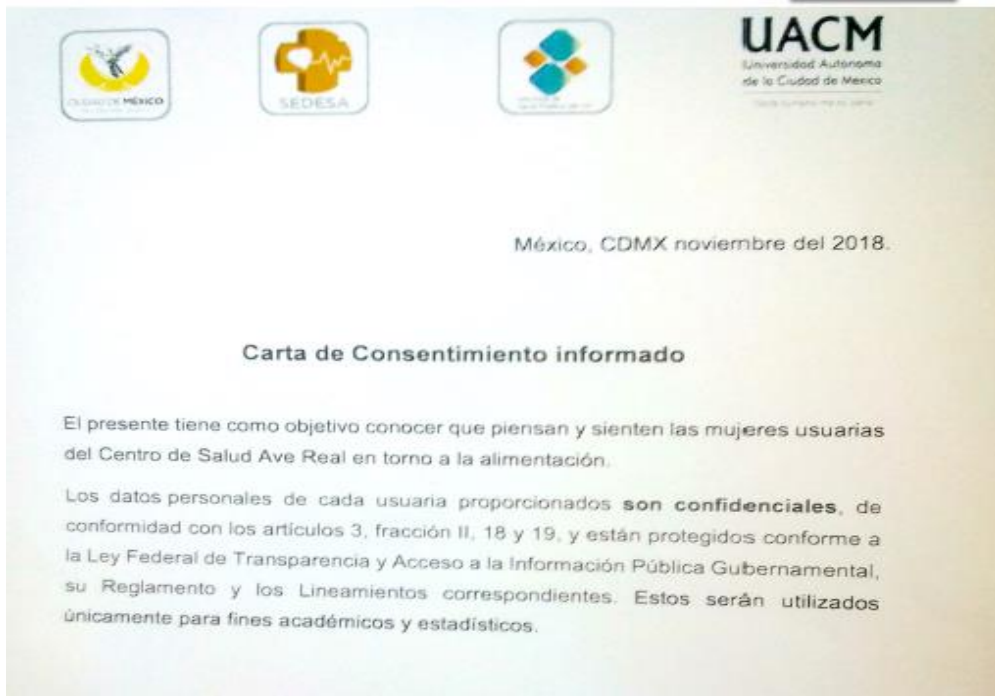
C.c.p.- Lic. Cinthya Gómez García - Jefatura de Capacitación y Enseñanza



*X Recibi original
07 de noviembre del 2018
Lucero Liliana Franco Soto*

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL
JURISDICCIÓN SANITARIA ALVARO OBREGÓN
JEFATURA DE CAPACITACIÓN Y ENSEÑANZA
Rosa Blanca No. 95, Csq. Tlalero, Col. Molino de Azúcar, C.P. 01470 Del. Álvaro Obregón, México D.F.
Tel. 50381700 Ext. 6002

Anexo 2. Carta de Consentimiento Informado



Anexo 3. Carteles



Anexo 4. Guion de entrevista

1. ¿Qué significa para ustedes ser mujer?
2. ¿Consideran que lo aprendieron de chicas?
3. En casa ¿Cuáles son las tareas que les corresponden a ustedes?
4. Consideran que ¿Tienen algo que ver con ser mujer?
5. ¿Quién cocina regularmente en su casa?
6. ¿Ustedes y su familia tienen tareas que cada quien sabe que debe hacer?
7. ¿Quién las distribuye?
8. ¿Ustedes creen que el dinero tiene que ver con lo que comen? ¿Por qué?
9. ¿Creen que es su obligación alimentar a su familia? ¿Todos participan?
10. ¿Consideran que los medios de comunicación tienen algo que ver con lo que comen?
11. ¿Cuándo están tristes o felices comen más, menos o igual que otras veces?
¿Por qué?
12. Para modificar los hábitos alimenticios ¿creen que es necesaria la participación de toda la familia?
13. ¿Cómo saben que lo comen es bueno o malo?
14. ¿Cómo se sienten con ustedes mismas cuando comen?

Anexo 5. Transcripción de Grupo Focal I

Transcripción del grupo focal: Para fines prácticos se utilizaron las siguientes siglas que significan M: Moderador P: Persona 1 y P2: Persona 2.

M: ¿Qué significa para ustedes ser mujer

P1: Es una responsabilidad a veces somos la base de la familia y eso trae muchas responsabilidades

M: ¿Para ti?

P2: Creo que le batallas más para todo ¿No? En cuestiones de salud, trabajo, aunque digan que, que ahorita ya hay mucha igualdad y esas cosas todavía no, hay muchos lugares en donde te siguen tratando... Bueno a mí apenas me paso en el trabajo que porque como yo soy la mujer en el trabajo yo tengo que ir hacer el aseo del baño, el aseo de la oficina del jefe cuando realmente somos veinte

empleados pero como el setenta, ochenta por ciento son hombres siempre dicen que vaya ella que lo haga ella

P1: Todavía son muy machistas y lo malo es que el ser machista viene desde la casa, las mismas mujeres creamos machos, entonces si no cambias esa mentalidad desde la casa desde que tienes un hijo varón, el no porque él es hombre, tu, tu hija ve a hacerle a tu, tu hermanito y desde ahí se va haciendo una cadenita, no hay igualdad totalmente todavía

M: Ustedes creen entonces que esto lo aprenden desde casa, desde chicas

P1: Desde chicas

P2: Sí, yo sí yo si considero que si es desde casa

P1: Es desde casa o las abuelas, las abuelas consentidoras de llévale la comida al niño a la cama, tu ponte a lavar los trastes porque tú eres mujer, entonces todo eso

P2: Sí nosotros mismos fomentamos el machismo ya a la mujer ya las ves como ¿cómo se dice? A que este supeditadas a que esos son sus valores y ya

P1: a que se tiene que casar, tiene que tener hijos y hasta ahí se acabó su vida de la mujer

P2: Como bien chistoso ¿no? lo primero que les compramos es la muñeca y un reboso

P1: Yo no les compro nada, yo no les compro nada a mis hijas soy bien coda

P2: O les compras la escobita o les compras

P1: Como uno ya tiene esa mentalidad y se lo vas transmitiendo a tus hijos y es raro que si la mujer no se casa ¿por qué no se casa? Seguro es lesbiana por eso no se ha casado o es bien quien sabe que... uno también como mujer criticamos a la mujer

P2: Nos comemos vivos

P1: Es que es bien quien sabe que anda con uno y con otro por eso no se casa, noooo ¡Carajo! Pero en vez de que nosotras mismas nos ayudamos, que si estas estudiando ándale que esto o sabes que yo tengo tal información hay un trabajo tal así porque si tú no tienes los mismos recursos que yo ¿No? a lo mejor en la

echarse la mano entre uno mismo. Todavía nos falta mucha educación en eso, todavía

M: En casa de ustedes ¿Cuáles son las tareas que ustedes realizan?

P2: Todas

P1: No yo no todas yo lavo mi ropa y la de mi bebé las demás lavan su ropa nos repartimos el quehacer porque como yo trabajo

M: Diario se lo reparten

P1: Ajá, si ya sea que un día lave los trastes, el bebé, aunque sea el bebé ahí está tu montón de ropa échalo a la lavadora y va y echa su montón de ropa y namaás le prendo o sea yo reparto los quehaceres yo no hago todo porque yo trabajo aparte

M: ¿Y tú haces todo?

P2: Sí desgraciadamente, es que por más que tratas de que tus hijos te ayuden hay veces que nomás no y llegas de trabajar y en lugar de llegar a descansar ves que el traste está ahí y que ahí está el zapato tirado y entonces ya no llegas a descansar llegas a ver

P1: Es diferente yo si llego a descansar yo llego a ver que este bien él bebe y ya cuando llego ya está dormido porque mis hijas ya son más grandes “mamá quieres algo de cenar o ya cenaste” luego casi siempre llego ya cenada yo soy de tacos en la calle, garnachas todo eso ya cené hija

P2: El día de mi descanso es el día que más temprano me levanto

M: ¿Entonces ambas son mamás solteras?

Cuatro hijos y dos

P2: Dos

P1: Bendito Dios, gracias a Dios

M: Y en su casa ¿Quién es quién cocina regularmente?

P2: Yo, yo cocino

P1: (Señala con la mano dos)

M: Las dos

P1: Le entra hija y yo

M: Bueno y ¿Cómo deciden que van a cocinar o como reparten el gasto de la comida?

P2: este...

M: ¿o cómo vaya saliendo?

P2: Yo creo que puede variar porque hay días en que te puedes dar el lujito y dices hoy voy a hacer carne y otras veces dices tengo este gasto de que viene mi teléfono o viene mi gas o viene esto y entonces te aprietas esa semana y comes arroz o frijoles y te la vas llevando por eso te digo puede variar depende de

P1: De la situación económica

P2: Yo por ejemplo yo soy malísima, malísima para decir mañana voy a hacer carne, pasado mañana voy hacer pollo, yo no, yo no sé qué voy a guisar yo llego y conforme a la marcha por ejemplo hacer rato llego y bajo al mercado y veo papas y dije ahhh un caldito de pollo, pero ya sobre que estoy ahí que yo sepa que yo salga de casa y que diga voy a hacer ejotes con huevo “no” yo necesito ya estar ahí...

P1: No yo no

M: Usted tampoco entonces

P1: No, a mí no me gusta cocinar

M: ¿Pero cocina?

P1: Sí yo soy así de que ah vamos a desayunar al mercado unos tacos o pizzas, pero pus mi hija es la que es así más de mamá vamos a hacer verduritas y yo así de ahhhh bueno sí está bien

M: Ok y ¿Ustedes alguna vez se han preguntado si es su obligación darle de comer a su familia?

P1: sí

M: O ¿sí lo ven cómo una obligación? O ¿cómo lo ven?

P1: Pues si porque si no quién les da de comer

P2: No yo no lo veo como obligación, yo si quiero o si no puedo o por mis compromisos o no puedo dejar comida echa este ellos tienen la obligación de que pues esta la alacena está el refrigerador y se pueden preparar lo que necesiten

P1: Ah, pero tú dices darles o sea proporcionarles cosas para darles sí porque pos imagínate mi bebe dependen de mí, las dos grandes ya no ellas ya generan, pero la de la secundaria y el bebé si depende de mí porque no son su obligación de mis hijas, son mi obligación

P2: Nos sentimos obligadas a tenerles a la mano lo que necesiten

P1: ¡Ajá! porque ya las grandes ya me ayudan a darles, pero igual es mi obligación llevar el sustento a la casa

M: Que haya

P1: Ya que cocinen ellas

P2: El chiste es pues que tengan a la mano las cosas

P1: Porque somos papá y mamá a vez, entonces por eso

M: y ustedes ¿Cómo saben si lo que comen es bueno o es malo?

P1: Pues, yo siento que es bueno por lo que se dice “el plato del buen comer”, la jarra el buen tomar “ahhh” pues dices bueno hay que manejar las verduritas, este no siempre pollo a lo mejor un día pollo, un día carne un día pescado

P2: Aprendes desde que estas en la primaria por ejemplo en la primaria te enseñan el plato del buen comer y ya desde tú dices no todos los días debo de comer huevo, no todos los días lo mismo

M: ¿Y ustedes siguen el plato?

P1: A veces cuando se puede porque luego bueno dices quiero comer pescado, pero pues si el pescado está en tanto y no te alcanza, trata uno de hacer lo más saludable que se pueda a lo mejor yo no porque yo soy bien taquera, yo me voy a comer tacos diarios con mucha grasa, pero pa los hijos no, mientras la mamá este bien lo hijos estarán mejor

P2: Yo creo que varía

P1: Trata uno de meterles frijolitos, las lentejas que no se hagan melindrosos, el brócoli que se enseñen a comer de todo, todo

M: Ok en eso coinciden, entonces

P1: Bueno como a mí no me gusta la pata yo no les doy pata, ya si ellos quieren es su problema

P2: Eso también es muy cierto no nos gusta y no les damos, lo que no nos gusta no lo cocinamos, pero también pienso que por ejemplo mi hija no come verduras o buscas porque a veces te das tus mañitas hago mi crema de verduras y ahí ya le metí las verduritas

M: De acuerdo ¿ustedes cuando están tristes o felices comen más, menos o igual que otras veces, o sí logran percibir eso?

P2: Yo como más, me da más hambre

M: ¿Y tú Tulia?

P1: Yo siempre como no importa si estoy feliz o triste

P1: Triste me da por comer más, como más me da por estar comiendo

M: ¿Hay algo en específico que coman más o lo que sea?

P2: Lo que sea

P1: A lo mejor estando triste no, a lo mejor un poco preocupada pero así triste yo considero que casi nunca estoy triste; cuando debo de comer. Pero yo soy muy papera yo no como pan dulce ni nada, pero a mí ponme bolsas de papas y papas, papas y papas eso... eso...

M: ¿Y ustedes consideran que los medios de comunicación tienen algo que ver con lo que ustedes comen?

P1: Tal cual en lo que yo como no pero luego en la familia sí, si ya paso el anuncio del chocorrol y ya se me antojo un chocorrol o el refresco...

P2: Sí si influye la televisión, la radio, incluso hasta los comerciales de, de las tiendas de autoservicio Aurrera soriana y esas que te dicen que el pollo está más barato y ay vas a comprar el pollo, ni lo necesitas, ni tienes el dinero, pero ay vas

P1: Yo no voy a los súper, si acaso tres veces

P2: Si, si influye

P1: Sí para todo

P2: Incluso hasta las ofertas, vas según tú por lo que necesitas, y ya viste el letrero de tres por dos y ni lo necesitas y pero porque ahorita está barato ahorita me lo llevo

M: Ok ¿y ustedes han pensado o a ustedes les gustaría modificar sus hábitos alimenticios, han hecho algo por modificar sus hábitos alimenticios?

P2: No

P1: Sí, el refresco es que mi hija así la grande es así de mamá no hay que tomar refresco, mamá y hay que hacer agua de fruta

M: Entonces es más por tu hija que tú te cuidas

P1: Yo no me cuido, yo me puedo tomar mi coca cola, pero sí por ejemplo si ella está haciendo agua de sabor no llevo yo con mi refresco

M: o sea si respetas

P1: Claro, claro que si se respeta luego así de vete por cinco pesos de guayaba y una agüita de guayaba, pero si he tratado de comer este...

M: Bueno y de cierta manera ella no se ha dejado influenciar porque a veces es fácil, así como de si mi mamá dice que no haga agua y tome refresco pues...

P2: Mi hijo por ejemplo no toma refresco él prefiere tomar agua, agüita de sabor y si no hay agua de sabor, pues si es muy muy raro que él tome un vaso de refresco

M: ¿Y qué pasa con el resto de su familia? ¿Por quién se dejan llevar por ustedes o por sus hijos sanos?

P1: Nosotros por la hija

M: ¿La hija mayor? La siguen más

P1: Sí ya de repente cuando vamos al mercado o que vamos a comer pizza ya saben que es cuando ah un refresquito mamá

M: Se pueden portar mal entre comillas

P1: ¡Aja!, y a mí me dicen ¿Pero por qué tu sí? Porque yo soy la mamá y tu no y yo mando. Yo así eh

P2: Yo creo que en mi caso no, acá somos más independientes y yo trato de que uno tenga sus cosas y el otro tenga sus cosas cada quien se come lo que quiere y hasta donde se puede también, a veces si nos damos un lujito de aquí que un pan o hacemos un pastel ¿por qué? Porque me sale más barato hacerles el pastel yo en casa que irles a comprar un pastel y uno toma atole la otra toma pura leche, uno no toma refresco y el otro que pura agüita de sabor, trato de tener las dos cosas, las dos opciones para que decidan

M: Y ustedes creen en este caso aprendieron las tareas de ser mujer como lo que me decían hace rato ¿También aprendieron esto que me están diciendo? ¿Cómo a lo práctico a lo económico o sea alguien se los enseñó?

P2: Yo creo que sí yo por ejemplo traigo lo que me enseñó mi mamá, mi mamá siempre me enseñó a que debo de tener despensa a que debo de tener lo básico en casa para que no estés haciendo gastos innecesarios que a veces uno dice vivo al día y gastas mucho más en estar comprando porciones pequeñas para tener en el día y a mí así no me enseñaron a mí me enseñaron a que voy a hacer un gasto fuerte pero solo lo voy hacer una vez al mes por decirlo así... Pero ya te surtiste de chiles ya te surtiste de aceite ya te surtiste de frijol, sopa yo eso lo aprendí yo desde casa, desde mis papás, mis abuelos a que tengas producto básico ya ahí y a que debe haber comida en casa por sí alguien llega o por si tienes alguna visita o que, si por cualquier cosa que tengas, si yo imagínate si yo nada más cocinara las tres piezas de pollo y y llega alguien y cómo partes un muslo para darle

M: Para repartir

P2: Digo si se puede, pero a mí no me enseñaron así a mí me enseñaron a que cocinas y cocinas un poquito más de lo que...

M: ok ¿Y en tu caso Tulia?

P1: también pues a mis hermanas

M: ¿Ellas también son así?

P1: Sí, ellas más, mi mamá tampoco ella no es de las que vayan a comprar ella también al día, pero mis hermanas no

M: ¿Entonces tú crees que tú te apagaste más a tu mamá? Bueno como a lo que hacia tu mamá

P1: Bueno es que antes de que me divorciara si estaba en la casa como todas las mujeres a lo que dice el marido ¡Qué horror! Pero ya después de que me separa ya libre... ahhhh

A vivir libre ya ahora no estoy así de ir a comprar, bueno si tengo despensa, pero yo no soy de ir al mercado y ve a traer dos kilos de jitomate porque yo, a mí no me gusta cocinar a mí no me gusta, yo si voy a ocupar el jitomate vete por tres

jitomates y ya porque para mí es desperdiciar la comida, luego voy al mercado y compro y que ya se echó a perder esto y entonces para mí es como que más gasto yo si es más como que si la verdura más al día lo que voy a ocupar y ya

M: y en tu caso por ejemplo ¿tú tienes más cerca donde ir a comprar o vas lejos?

P1: Ah si yo tengo cerquitas enfrente una tienda y a lado de la tienda la carnicería, la verdulería y la farmacia o sea todo está muy cerquita

M: ¿Y en tu caso?

P2: No yo no, yo si tengo que ir lejos es más yo prefiero antes de llegar comprar

P1: Es como a mí cuando yo venía en canutillo y no hay más que una bendita tienda tenía que ir hasta la avenida ahí por la pera y traerme todo

P2: Si no yo siempre en el trayecto si mejor de aquí, de aquí me llevo la carne de aquí me llevo la verdura porque ya llegando allá, llegando allá a tu casa no hay nada

P1: Es más las tortillas yo compre diez peros, quince pesos de tortillas y que se acaben no me gustan las tortillas como mi mamá que compra cuatro quilos y yo hay mamá ni préstame tortillas, es que como dice ella si llega una visita las saco las descongelo, Ay mamá más rápido vas a la tortillería y compras diez pesos

P2: Por ejemplo, si tienes ahí la tortillería, pero yo veinte minutos para ir a una tortillería dices nooo, yo compro dos kilos y con eso tengo, dos kilos

M: ¿Y ustedes creen que, para modificar los hábitos alimenticios en general en la vida, en este caso hablando específicamente de la alimentación se requiere de la participación de toda la familia o si creen que es viable que uno que solamente lo haga uno y los demás no?

P1: No, pues que todos ¿No? Todos

P2: Yo creo que es más fácil que todos, que todos le entren al ruedo porque haría más gasto

Yo por ejemplo si yo quisiera llevar una dieta o una alimentación más sana tendría que hacer yo mis porciones que poquito arroz, que poquita verdura que poquito pollo que poquito esto y a lo mejor ellos no quieren y a lo mejor tendría que hacer yo dos comidas la mía y la de ellos, entonces para mí sería más fácil mejor involucrarlos, y que todos...

P1: ¡Ajá! Gastas menos y comen mejor

P2: y comemos mejor, si la verdad sería más fácil involucrarlos a ellos también que ahí en casa de ustedes es difícil llevar una dieta

M: ¿Por qué?

P2: Es muy difícil porque ahorita mis hijos son adolescentes ahorita están en la etapa de que no quieren engordar entonces a veces quieren comer y a veces no quieren comer y qué pasa que ahí va la mamá alcahuetona y ya vi que mi hijo no está comiendo porque no quiere engordar o no quiere cenar o que alguien le dijo que el que cene engorda más no sé sus ideas, pero claro luego y como yo ya sé que le gusta el pollo frito con puré de papa ese día yo hago pollo frito con puré de papa y ¿qué creen? Ya cenó o la niña que no le gustan las verduritas, pero yo ya las puse a asar con mantequillita y se las arrimo con chilito con limoncito y ay como que no queriendo viendo la tele ya se comió toda la verdurita para batanear ya comió entonces ahí es donde ellos dicen cuál dieta voy a llevar si me arrimas lo que me gusta

P1: No nosotros no llevamos ninguna dieta

M: Nunca lo han pensado no han tenido necesidad, no han querido

P1: No, yo más que para subir de peso, pero no, porque si las he llevado al doctor, pero me dice es que sus hijas son altas por eso son delgadas, no las quiero subir de peso no les voy a mandar para que engorden o sea no

M: O sea no lo necesitan...

P1: No están este anémicas, pero tampoco están gordas

M: Ok

P1: Lo que tienen es la estatura entonces, a mí también, a mí sí me hace falta, pero, pero uuuuuu

M: De acuerdo ¿Y ustedes cuando comen cómo se sienten?

P1: Felices

P2: Bien, yo siempre la comida es, es, es, es un placer es todo un placer sentarse a comer

Yo si te puedo decir que a mí me interrumpes la comida y ya no me sabe, el que me tenga yo que levantar o que tenga yo que hacer otras cosas cuando estoy comiendo si te amarga el taco, ya no te sabe ya no te sientas a comer igual

M: Ustedes piensan que culturalmente tenemos como una idea, o sea en general los mexicanos tenemos nuestras propias ideas para comer

P1: Sí

P2: Sí

M: Pero me refiero a que hay muchas cosas que tienen similitud o sea por ejemplo este echo de economizar y que si tú lo compartes con alguien ah no yo también o ¿no pasa eso?

P1: Pues yo digo que sí

M: Bueno chicas pues esas son todas las preguntas no sé si ustedes tengan algo que quieran compartir

P1: Pues solamente que, pues que todavía nos falta mucho, como te diré por saber hacer una buena alimentación

P2: Balanceada

P1: Porque con el tiempo ya estas diabética ya estas hipertensa ya estas esto ya estas lo otro, entonces como que si nos hace falta más información para poder prevenir todo esto y que también uno quiera verdad, porque luego si tenemos la información y me vale y me voy a comer tacos pero bueno es que mi trabajo lo amerita como trabajo en casa necesitas estar... dice mi patrona "comes un montón y no engordas" Pues póngase hacer el quehacer y verá que no engorda jajajaja entonces sí yo siento que si nos hace falta, nos hace falta más, más ganas

P2: Sobre todo esa información porque realmente en la televisión no te la dan, agarras una revista y raro ahí medio le ves, ahora también hay productos que son más sanos, pero también son más caros entonces ahí también viene mucho esa parte de la económica que dices mejor me llevo esto

P1: o mala información que las mujeres a tal edad ya no necesitan tomar lácteos que ya no comer quesos que ya no esto que ya te vuelvas casi vegana... ahhhh

P2: o es que llegas después de los cuarenta y hay que tomar menos azúcar, es que ya no debes comer tanta sal porque se te hinchan los pies...

P1: Eso es siempre no nada más cuando llegas a los cuarenta o sea por ejemplo si yo ahorita le doy a mijo mucha sal, mucha azúcar le va a hacer daño, no porque es un niño no le va a hacer daño, ya cuantos niños hay diabéticos, cuantos nacen diabéticos, entonces todo eso...no nada más cuando ya estés grande, sino desde pequeños

P2: Llegas a los cuarenta y ya estas preocupado del azúcar y que ya no debo de comer chile y que ya no debo de esto porque me voy a enfermar de las piernas, que me va a doler esto

P1: Y no hay que llegar ahí, es el transcurso de tu vida

P2: Sí les enseñaras eso desde antes pues no habría necesidad de que llegemos al extremo de la diabetes al extremo de la hipertensión

P1: Ay sí

M: Pero bueno ahí también habría que considerar, que para enseñarles si es bueno el ejemplo, bueno a mí me gustara que por ultimo o ya como para cerrar con qué se quedan de esta platica

P2: Es que nos hace falta hacer este tipo de pláticas y que hubiera más integrantes porque no todas vayan, yo creo que podemos llegar a un mismo punto, pero no todas tenemos las mismas costumbres de la alimentación

P1: Costumbres, valores ni la misma economía ni tampoco... ve depende mucho de donde vive ella que tan cerca tengo yo las cosas porque como dice ella yo voy y compro todo yo no compro porque lo tengo cerca, la economía también depende mucho hay veces que no te alcanza y tienes que comer huevo y salchicha ¿No?

P2: Como usted dice nos debemos dar un tiempo un espacio como ahorita para sentarnos y realmente ver qué comemos

P1: Reflexionar un poco

M: ¿Ustedes creen que en un ejercicio como este suponiendo que ahorita hubiera habido más integrantes o nada más con ustedes dos si se logra hacer un ejercicio más afondo que cuando vamos a una plática a cierta institución?

P1: Si porque pues a uno como quien dice vecinas, mujeres vivimos lo mismo ¿No? A veces como lo que yo te digo mi hija hace agua y yo no llego con el

refresco y voy a tratar de ya dejar la cosa, ya no tomar tanta coca y no comer tantos tacos, entonces, así como que dices pues si...

M: Muy bien chicas pues ¡muchísimas gracias!

Anexo 6. Transcripción de Grupo Focal II

M: ¿Qué significa para ustedes ser mujer? ¿Alguna vez se lo había pregunta?

P1: ¿Qué significa? pues no, creo que nunca me había hecho esa pregunta bueno al menos creo que nunca me había preguntado qué significa ser mujer o algo así

P2: No, nunca

M: Bueno ahorita que se lo estoy preguntando qué podría contestar al respecto, qué significa para usted ser mujer

P1: Significa mucho, me quede pensando

M: No se sientan presionadas, no es un examen

P1: Bueno yo creo que significa muchas cosas yo por ejemplo tengo mis niños el verlos crecer, el verlos felices yo creo que eso a mí llena de satisfacción, porque digo los veo jugar los veo hacer travesuras si sé que ando corriendo y todo, pero también me da mucho gusto verlos que estén estudiando que estoy ahí para estarlos apoyando. Bueno es lo que yo siento, o pienso no sé si este mal

P4: sobre todo porque no se siente agobiada de ahhh es que lo tengo que hacer

P1: No, no es algo muy bonito

P4: No digo porque lo hace uno con gusto sí

P1: Sí corre uno y digo le batalla, por ejemplo, en mi caso tengo tres uno en secundaria y uno en kínder, pero siento muy bonito de verlos con esa emoción que los vengo a dejar que les doy su beso que les digo que Dios te acompañe échale ganas vas a salir bien y mamá me fue bien y yo siento muy bonito ¿No? Es más importante es que a que estar haciendo ahhh es que lo tengo que hacer, sino que es algo muy bonito que se siente

M: ¿Ustedes cuántos hijos tienen?

P3: Yo tengo cuatro y el que viene cinco, pero ya mis niñas ya están grandes ya dos son casadas una vive con su papá y la otra conmigo. Son de diferente papá

P4: Yo tengo dos un joven de veinte años y una nena de dieciséis, todavía son mis niños

P1: Yo también tengo cuatro una niña, pero a ella no la mencione porque ella no va a la escuela, ella tiene diecinueve, pero para mí sigue siendo una bebita, aunque luego ella me dice no me digas bebita, eres mi pequeña yo así te veo

P2: Yo tengo tres uno en la primaria, y uno kínder y él bebe

M: Ok ¿Ustedes consideran que lo que hacen en su casa lo aprendieron desde chicas?

P1: No

P2: yo tampoco

P3: Bueno yo sí porque yo soy de pueblo ¿no? Mi mamá era de las personas bueno en ese tiempo era de las personas que tenían muchos hijos yo soy la mayor y después de mí son diez, diez hermanos, y entonces desde, pues desde muy chiquita tome la responsabilidad de cuidar a mis hermanitos porque mi mamá se iba a trabajar y yo tenía que cuidar a, a los más chiquitos, lavarles ropa, pañales, darles de comer, darles todo y hacer de comer entonces yo este digo que desde muy pequeña tuve que aprender a hacer de comer, hacer de todo...

P4: Pero muy involuntariamente forzan a uno a que lo haga

P3: A que lo haga uno... es lo que yo luego platico con mi esposo porque me dice es que tienes un montón de cuidado, y es que yo no quiero que pasen lo que yo pase, dice está bien que no quieres que pase lo que tu viviste, pero la niña se tiene que hacer independiente a que haga las cosas porque todo se lo haces, pero es que es mi niña más chiquita. Y dice él es tu niña más chiquita y viene el otro y ¿con el otro vas a hacer lo mismo? Y vas a seguir consintiendo a tu niña y al que venga ¿también? Tienes que enseñar a tu niña a que tienda la cama a que haga sus quehaceres, no pues sí en eso si hay veces que tiene razón. Pero pues he sido así como que sobre protejo a mis hijos, a mis hijas de que no hagan todo lo que yo hice. De de no cargarles la mano como me la cargaron a mí.

P2: Bueno yo digo que también, bueno, así como usted comenta yo mis hijos si le pongo recogén esto, te toca esto porque más adelante no sabemos si siempre vamos a estar ahí con ellos o ellos con nosotros y que ellos se defiendan solos.

P4: Sí todo influye porque a nosotros, por ejemplo, también soy la mayor de cinco. También me tocaba cuidarlos, ayudarles con la tarea, sentarlos a que comieran era ya una responsabilidad que yo tenía para poderlos ver. Yo a mis hijos tampoco dejo que hagan nada. Pero si los enseño a que aprendan a hacer las cosas digo... no siempre voy a poder hacerlo yo. Hay ocasiones en las que no me quiero mover de la cama, estoy cansada, y la verdad es que pues ellos mismos, si llega un un momento en donde me ven, mamá no te pares ahorita yo lavo los trastes. O sea, el que no los ponga yo a que lo hagan no quiere decir que no lo sepan hacer. O sea, de vez en cuando si les digo oye lávame los trastes o límpiame el baño, tónses ellos mismos también como que dicen pues vamos a hacerlo de vez en cuando. Trata uno de enseñarlos a que no sufran o que no

padezcan tanto como uno pero sí de que el día que no este no estás con la panza retorcida de que no tengo ni para calentarme una tortilla o no sé calentarme una tortilla a mi hija la pones a que a calentar tortillas y agarra las pinzas porque le da miedo quemarse con el comal, igual y ella menos mal y luego las sopea y se las pone aquí en el brazo para saber si ya está bien caliente o esta sobaquiada, tons más taruga tu mija porque en lugar de que las agarres con las palmas se la pone aquí en el brazo prefiera para saber si esta sudada o ya está bien caliente.

P1: Mi hijo, por ejemplo. Mi niño el de la secundaria es más como que más mimado por decirlo así porque yo desde primero le lavo al niño, luego mi niña y bienvenida ¿No? Pero de todas maneras cuando nace el niño yo, yo lo empecé a mimar más de lo que se debe yo creo. Entonces el ahorita va la a secundaria, pero el por ejemplo ahorita si tiene hambre a pesar de ya estuve ahí dicele y dicele y eso; prefiere mil veces a veces agarrar así la comida del refri y comérsela así fría. La verdad es muy así de que como es posible que el que va a la primaria tiene ocho años se calienta tortillas, hasta se hace un huevo, y tiene ocho años a lo mejor le queda todo embarrado en el sartén, todo quemado si quieren, pero él se hace un huevo y come y tú que ya tienes catorce años prefieras comer las cosas frías es imposible. Dice pues si mamá, pero acuérdate, pero a él lo empezaste a enseñar desde más chico, mira esto se hace así, mira lo otro, igual con la niña por ejemplo mi hija tiene diecinueve mi hija por decir ella yo le empecé a enseñar a guisar porque como dice la señora ya también vengo de Toluca, vengo de un pueblo. Si tuve, o sea conteste que no, no aprendí lo que ahorita sé porque si fui responsable, yo me quede huérfana desde niña con un niño de seis años hagan de cuenta que tuve un hijo por así decirlo. Mi papá falleció y mi mamá quien sabe que se hizo, se fue y pues se le olvido que tenía hijos, tonses yo me quede con ese niño de seis años y yo de nueve años y pues éramos unos niños ¿no? Yo tenía que trabajar en lo que pudiera lavar trastes, lo que fuera ayudar a las personas para sacar para poder comer ambos, los dos. Pero no aprendí ciertas cosas por ejemplo cuando me vine para acá yo que hacía en un pueblo, hongos, quelites, nopales, si bien me iban unas papas. Pero yo no sabía hacer por decir, la sopa, el arroz, los chiles rellenos y “X” guisado, pero realmente cuando yo llegué aquí, cuando yo me junté con mi esposo era así cómo que yo dije ¿Y ahora que voy hacer? No sabía yo planchar, no sabía hacer varias cosas entonces eso yo no lo aprendí en el pueblo aprendí sí a ganarme la vida a no siempre estar dependiendo por ejemplo en este caso de mi pareja a estirar la mano ¡no! Yo aprendí también a trabajar y a salir adelante pero realmente no aprendí todo lo que ahorita ya se por ejemplo a planchar, a lo mejor sé

lavar mejor la ropa. En ese entonces pues como quedara ¿no? Nadie me decía eso está mal. Por ejemplo, ahora yo le digo a mi hija la ropa blanca se lava separada la ropa de color así, la ropa oscura ¿A mi quien me lo decía? Nadie, la ropa si así como queda si estaba toda manchada así me la ponía, si la comida estaba toda quemada la sopa o las papas que hacia como quedaban era lo único que había, le digo a mis hijos uno procura tenerlos mejor, tratar de que no vivan eso y que vivan lo mejor que se pueda porque yo por ejemplo ahorita en los convivios, es lo que estamos comentando, nos pidieron varias cosas, qué me dice mi esposo “no los mandes”, qué digo yo los voy a mandar porque es algo muy bonito que ellos van a tener de recuerdo, es algo bonito que ellos tienen de su convivio ay cuando quebré la piñata, ay que esto.

P4: y es que cuando uno es niño y te preguntan ¿Vas a ir al convivio? Y dices no, no tienen cuarenta pesos o cincuenta pesos

P1: Ajá

P4: o les manda uno mejor, te voy a mandar el sándwich y tu botellita de agua

P2: Pero ya uno les paga y no comen lo que les pone

P4: Exactamente

P1: Sino que ellos también formen parte de ese grupo, porque cuando el niño va con un sándwich así como usted lo dice el niño se hace así, que no me vean comiendo y cuando no, cuando dice uno paga, no. Están todos conviviendo, yo lo he visto porque he ido a participar con las mamás a apoyarlas y dice es que mi hijo no come, no sé, la ensalada de atún es que mi hijo no come y no sé si de verdad el niño no se lo come o la mamá no tiene pa'pagarlo. El niño esta como que cohibido comiéndose su atuncito y los demás jugando y platicando y yo digo, bueno yo, pobrecito porque esta solito, luego sí le digo a la vocal, háblenle, si pero es que no quiere.

P4: a mí me pasaba con los desayunos, es que el niño no toma leche natural y le mandaban el sobrecito con chocolate y el sobrecito con el azúcar y entonces ya de ahí ya dices hay una distinción, tú dices todos los niños con su conito de leche su popotito y ese niño vaciaba su leche en un vaso y su chocolate y su azúcar todos así... a lo mejor está muy bien o a lo mejor está muy mal.

P1: Pero yo creo que lo mejor es que convivan todos que no se sientan porque luego el niño se siente, así como cohibido, como decimos que no vean que estoy comiendo

P4: A veces nosotras como mamás ni sabemos si se lo come o no se lo come, damos por hecho de que mi niña no come en la hamburguesa verdura no se la va a comer y con el jitomate y ya damos por hecho que no se lo va a comer y mi hija llega el otro día con mi

papá y le dice “me das unas quesadillas de frijol” y yo voltee así de y ¿hora esta cuando empezó a comer frijoles? Y conmigo no los come y con mi papá corre y le encanta ir a comer frijoles con mi papá

P1: pero yo pienso que es la, bueno yo pienso que ver comer a los demás les llama la atención. Porque el simple hecho de que por ejemplo si el niño no le gusta el pozole, pero todos van a comer pozole y dice uno bueno te doy una probadita y uno lo ve, y dice no que no le gustaba... pero es el simple hecho de que está viendo y se le antoja. Entonces por eso uno hace el esfuerzo, en mi caso por decir, hago un esfuerzo para que mis niños vengan al convivio. Digo si viene uno vienen los tres, pero si siento que no voy a poder mejor, pero casi siempre vayan para que, este, participen y que no se pierdan lo que yo me perdí y para que ustedes sepan que son los convivios, porque es lo que le decía a mi hija: Tú tuviste todos, entonces no puedo decir que namás y en las juntas a veces se me junta, primaria, kínder... y ah hijoles, qué hago. Pues quien sabe cómo, pero yo estoy en las tres juntas y ya de un rato pues me voy corriendo, en los convivios también nos pasa mucho que en las pastorelas a veces es el mismo día, que le me vea que estoy ahí, que, si me interesa, entonces dije yo los apunto y si hago acto de presencia y para ellos, bueno yo pienso que es bonito que me vean ahí un rato, y que digan ah ya llego mi mamá. Cosa que yo no viví, yo ni a la escuela fui y cuando llegué a ir, los dos años que fui nunca vi a mi mamá. Yo si quiero ser responsable que si yo no tuve esa oportunidad que ellos si la tengan.

M: en casa ¿Cuáles son las tareas que a ustedes les corresponden?

P2: Pues hacer la comida, bañarlos

P3: Muchas cosas que hace uno, la hace uno de maestra pa ayudarles hacer las tareas, la limpieza, la comida, o sea todo, todo...

P1: Uno hace el papel de todo

M: ¿Ustedes eh, bueno en su familia cada quien sabe que es lo que tiene que hacer o generalmente son ustedes las que hacen todo, se reparten los quehaceres?

P1. Bueno en mi caso yo divido, ah por ejemplo al niño te toca hacer esto, al otro le toca hacer esto y llegan y ya saben que les toca, yo lo divido, que si en la mañana yo estuve ahí toda la mañana ya hice todo, pero por ejemplo ahorita que todavía me voy a la secundaria, ya de ahí paso a la primaria y ya de ahí entonces llega y haber papito te toca recoger esto y al otro papi te toca esto y entonces yo sí lo divido

P2: Yo también te toca esto, recoge lo zapatos y la niña tu sácame los trastes al lavadero pa lavarlos y ya terminan y se ponen a hacer su tarea.

P4: A mí realmente me respetan mi día de descanso

P3: ah bueno pero ya son más grandes también

P4: yo descanso un día a la semana y ese día literal es mi día de descanso yo no hago nada ellos, lavan, ellos, yo me echo en mi cama y me pierdo. Ya cuando acuerdo ellos ya calentaron tortillas, ellos ya hicieron sopa, ellos ya lavaron, ahí si la verdad es que mi día de descanso es mi día de descanso.

P2: Así es más fácil

P3: Pues yo hago mi quehacer mi niña ya sabe que tiene que tender su cama, levantar sus zapatos ponerme su ropa, hacer lo ella, barrer su cuarto, ella ya sabe que tiene que hacer sus cosas.

M: Ustedes consideran que esto que me acaban de comentar ¿Tiene algo que ver con ser mujer?

P4: Yo creo que todo, todo tiene mucho que ver porque realmente un hombre no se involucra tanto en el hogar como para decir este yo llevo los niños, salvo que uno como mujer se lo pida oye me puedes ayudar con los niños, sino no, De ellos no sale decir “yo los llevo”

P2: Ponte hacer la tarea con ellos también yo le tengo que decir

P1: En mi caso sí, cuando él por decir entra a las ocho a trabajar, como él trabaja por aquí cercas y no sale y está aquí arriba sí me dice yo llevo al de la secundaria en lo que te quedas le das de desayunar al de la primaria vengo, si me ayuda en ese aspecto, pero en cuestión de que por decir que se quede y diga mientras tu andas en las juntas y “x” yo hago algo no. Me ayuda a guisar si también por ejemplo luego vamos a guisar ayer por ejemplo...

P4: A veces son como hijos adultos, oye no se me ayudas aquí o me ayudas allá

P3: Bueno yo con mi esposo que también cocina y hacer y todo eso cuando ve que vengo así, por favor metes esto “ahhhh estoy cansado” ah si tú estás cansado yo también.

P1: Bueno, pero no que tuvieran una iniciativa ¿no?

P2: No

P1: Por ejemplo, en mi caso cuando vengo de la escuela y me dice yo voy a dejar al niño a la escuela ahí sí ni le digo nada y cuando esta luego hasta me dice “pues yo llevo al de la primaria” y quédate, desayuna algo y ya después de bajas con el del kínder, ah bueno. Le agradezco porque digo me está dando esa oportunidad. Pero en cuestión así de quehacer o de la comida, luego si le digo así de ayúdame y si me ayuda. Pero que diga que él lo hace, no.

P4: Por eso digo que ser mujer abarca todo

P1: y estar ahí para ellos

P3: Yo en mi caso sí, si pues si me esposo se enferma yo lo atiende, lo consiento mucho y yo creo que también por eso él se da cuenta y también me consiente mucho. Él se va temprano, él es panadero y se baja a las cinco y media y ya a las siete, siete y media le bajo su desayuno luego aparte desayunan ahí y cuando yo tengo cosas que hacer que me salen el saliendo de trabajar se sube y tiende las camas, si tengo trastes sucios no los lava porque no le gusta lavar trastes, pero me los junta, limpia la mesa o cuando me voy que salga a donde me tenga yo que ir mi niña se queda. Ahorita ya no porque esta una de mis hermanas conmigo para apoyarme, pero él la peina, ella se cambia, la peina y me la lleva a la escuela y no es su hija, es mi niña nada más, pero si me apoya mucho en ese aspecto si me apoya mucho. Yo también pues quiero apoyarlo

P2: Pero luego se encajan, si usted está ahí con ellos, como que se hacen, yo por eso hago esto y ahorita vengo porque luego se encajan.

P3: Como los sábados él trabaja hasta las once yo bajo le ayudo a cocer el pan, como se de ahí también, le ayudo. Toneses ya cuando llego, luego no tiendo ni mi cama ya el ya tiende la cama o nos repartimos el quehacer. El domingo si de plano me dice “no quiero que hagas nada”. Igual ahorita como ya se vino me hermana pues tenemos que cocinar, pero por lo regular el domingo nos salíamos a comer a la calle.

P2: Yo tampoco, yo también tengo esa costumbre, los domingos yo no cocino ni los sábados. Pero si he cocinado por mis hijos porque ya salir a comer dos veces y este, si mi esposo el día que descansa nos lleva a desayunar nos lleva a pasear. Ah y yo no le voy a decir hoy como descansaste nos quedamos aquí. Como ayer, ayer me dice “¿Qué vamos a desayunar?”, descanso ayer, ahhhhh pues no tengo comida, o les gustaría que los lleve a desayunar a claro cámbiense niños vámonos

P1: Esas oportunidades hay que aprovecharlas

P2: y ya la hora de la hora dice: no, que les parece si les voy a traer un pollo, ya tu sabrás.

P3: Yo cuando nada más éramos tres o sea mi esposo mi niña y yo sí, pero ahorita que llego mi hermana y trae dos niñas pues no

P1: Ya no es seguido que salgan como siempre

M: Entonces ¿en casa ustedes son quienes cocinan regularmente?

P1: Sí

P2: Nosotros, como dice la señora tenemos que decirles como que...como lo hagan

P4: Como que se me antoja un bistecito

P2: Como ayer que le digo ah quiero un yogurt y me dice ah párate y ve a traer, y le digo si verdad y me dice ay amor... tráeme esto ah pues párate y cómpralo dices tu

M: ¿Ustedes consideran que lo que comen tiene que ver con el dinero o el dinero tiene algo que ver con lo que comen?

P2: Pues si

P1: por qué sino con que compramos los alimentos

P4: Estas más limitado, es más te vas el domingo al mercado a sentar al mercado almorzar y ya vas haciendo las cuentas, me voy a echar trescientos pesos y me voy a sentar a almorzar. Pero nomás me voy a gastar cincuenta mejor para hacer de comer y llegan otras ideas y dices mejor de aquí me llevo pollo, me llevó la verdura, sino sale más caro y pero si ya te toca pagar que la luz, que la renta y ya te la llevas esa semana con sopita, con caldito.

P1: Y es que uno busca lo más económico porque ahorita ya todo está bien caro, en cuánto está el pollo, las verduras

P3: El jitomate el tomate ¿en cuánto está?

P4: si, pero si influye mucho para poder decir qué voy a hacer de comer

P2: ¿Y para que me alcanza con cien pesos?

P4: Ajá

M: ¿Ustedes consideran que los medios de comunicación también tienen que ver con, con lo que uno come?

P1: Sí

P3: Sí

P4: Sí

M: ¿Cómo creen que influye? O ¿Por qué dicen que sí?

P4: Simplemente cuando ves una oferta del mercado soriana, por ejemplo

P2: o que alguien te dice “¿Qué crees?” que allá está más barato

P1: Ahora sí que uno tiene que buscar lo más barato porque uno dice son cinco pesos sí pero si de cada cosa me ahorro cinco pesos, ya tengo para las tortillas o para el otro día si guarde cinco pesos de cada cosa pues ya es algo para el otro día, el guisado del otro día.

P4: Por ejemplo, luego dices el sábado voy a hacer un caldito de pescado y resulta que viste la carne más barata entonces comprar carne o sea el plan de comprar pescado ya no está, o que ya encontraste el pollo entero más barato, tenses si los medios también tienen mucho que ver

P1: Sí y así como dice en el Soriana y dice uno pues si la papa aquí está a veinticinco y allá esta, más al rato pues me echo una carrerita y traigo esto, esto ahí está pues aprovecho y me traigo esto

M: ¿Ustedes cuando están tristes o cuando estas felices comen más, menos o igual?

P2: Yo como menos, cuando estoy triste como menos y cuando estoy feliz como más

P1: Yo cuando estoy triste no me dan ganas ni de comer, ni de hacer de comer

P4: Yo siempre como mucho y cuando estoy triste como más y estoy pique y pique a lo que me encuentro

P1: Luego así estoy yo nomás con la cuchara así, luego si me dice mi esposo “y hora que tienes” come qué ¿no está bueno o qué? O igual si me llega a invitar a comer y vamos a empezar a comer y que empiezo así... es porque no me gusta, no tiene sabor o no esta bueno pero que este triste no, y hasta yo, no me pasa la comida, cuando estoy bien feliz a comer; pero cuando estoy triste no, no se me antoja, sea fruta sea un dulce y puede ser el guisado que más me guste, no, no me pasa. Simplemente no.

M: Entonces ¿Sí logran identificar eso?

P1: Sí

M: Y ¿Ustedes creen que para modificar los hábitos alimenticios se requiere de la participación de toda la familia?

P3: Me puede repetir la pregunta

M: Sí, ¿para modificar los hábitos alimenticios ustedes creen necesaria la participación de toda la familia?

P4: Es que no todos comen igual, no todos comen lo mismo

P2: Sí, pero si te dicen ¿no? Si no le gusta la papa lo que sea entonces no me echas esto, yo que no come picante mi hijo oye que voy a hacer una salsa y pues si porque él dice pues ya si le alcanzó para eso a mi mamá

P3: Yo mi niña por ejemplo a muchas cosas que no le gustan, no le gustan, pero si trato de dárselas casi, casi que a fuerzas

P1: Pero más que nada luego, aunque quieramos complacerlos por ejemplo en mi caso uno es carnívoro, al otro no le gusta nada la carne es vegetariana entonces tengo de todo en mi casa, pero luego por decir, hago un caldo de res, pollito con verduritas. A mija no le gusta el chile guajillo entonces ¿Qué hago? Lo hago blanco para evitar el chile guajillo, pero al niño no le gusta nada la carne, él se come la verdura y el otro la pura carne y caldo. Entonces es lo mismo, pero no le voy hacer un guisado a uno, un guisado a otro y

otro a otro, de por si no me alcanza y entonces estar complaciendo a cada niño pues menos.

P4: Entonces a cada guisado uno le va a dando lo que si se va a comer

P1: Y así lo hace uno como mamá usa esas estrategias. Dice uno voy a hacer un arrocito blanco y a lo mejor pollito en chile verde por decirlo y ha este no le gusta el pollo, bueno pero come arrocito, ah al otro no le gusta el arroz pero come pollito o al revés por decir mi niño cuando hago arroz y pollo en salsa a él le gusta que le guarde el caldito porque le echa a su arroz porque no le gusta seco o si tengo frijolitos el caldito se lo pone y así uno va pensando, porque como dice usted si no se come esto se come esto otro: Pero de aquí de este mismo guisado les voy dando a todos.

M: Pero si ustedes quisieran en este caso comer mejor, dijeran bueno vamos a cuidarnos, vamos a cuidar nuestra alimentación ¿Creen que es importante que todos participen?

P1: Sí, si es importante porque es para bienestar de todos, es para la salud de todos

M: ¿Ustedes como saben si lo que comen es bueno o es malo?

P3: Cuando va uno al nutriólogo luego te dicen que debe uno comer de todo, frutas, verduras carnes pescados, no exagerar, pero si comer

P4: Yo creo que por eso existen las personas o la gente que realmente están preparadas o para dar una dieta, para dar la información correcta para nutrirse. Mi hijo cuando tenía tres años me decían que era obeso; pero no es que fuera obeso es que como estaba muy chaparrito y mucha gente cuando lo llegaba a ver me decía es que ponga al niño a dieta y yo decía ¿Cómo pones a un niño de tres años a dieta? Para mi sonaba tan ilógico

P2: si porque es un niño

P1: Yo creo que cuando son niños hay que darles lo más que se pueda de comer, no, así como exagerar o...

M: Pero para ustedes personalmente ¿cómo saben si lo que están comiendo es bueno o es malo?

P4: Yo creo que por lo mismo y simplemente te enfermas por ejemplo de gripa y lo primero que te dicen un chorro de líquidos, nada de secos y tu solicito cuando empiezas a hacer tu comida dices le voy a poner menor grasa, le voy a poner menos sal, porque el medico te dijo. Entonces si influye mucho la información que te dan cuando vas al doctor o cuando te juntas con la vecina que le dices me duelen los pies, los tengo bien hinchados y qué te dicen, come menos sal

P1: como ahorita la señora que está embarazada supongo que le dan unas platicas y ahí le dicen más o menos esto de esto que esto lo otro, me dijeron que esta fruta es para esto que tal verdura es para lo otro entonces eso le va a servir.

P4: Uno mismo le puede decir, no trates de comer mucho chile porque le puede hacer daño a tu bebé

P2: No tomes mucho refresco

P4: Yo creo que las mismas personas con las que convives nos vamos pasando esos pequeños tips o información que a nosotros nadie nos dijo o esto no lo hagas cuando te sientes así o asa

M: Ustedes ¿Cómo se sienten con ustedes mismas cuando comen?

P4: Pues yo la verdad es que no tengo arrepentimiento, es más yo me he sentido a comer y me dicen que sabroso comes ya hasta me dio hambre

P3: si hay gente que se come bien sabrosa la comida que dices ayyy

P4: Sí por ejemplo un caldito yo ya le pongo que los totopitos, le pico cebollita y un chilito verde y a mis hijos no les gusta el chile y no les gusta meterle las tortillas, pero ya namás me ven que me lo estoy comiendo tan sabroso, si sírveme un caldito

P1: Sí pues yo me siento bien yo cuando me siento a comer me dice mijo ay mamá, ay tengo hambre yo voy a comer y por ejemplo a lo mejor ya no hasta que digo ya no puedo porque luego dice uno igual todavía me queda un huequito, pero ya

P4: y somos mañosos porque nos gustan los frijolitos y no falta que le echa la cremita o le echa la salsita, que le gusta la panza ah y por qué no unas tortillas a mano, tenses somos mañosos

P1: Sí cuando hago pancita o cosas así yo hago las tortillas y estoy come y come, incluso luego hago la lumbrita y ay me ve cocinando, vénganse a comer y dice mi esposo tú me quieres ver más gordo y es que él es gordito tenses el si me dice “es que tú me quieres ver más...” ah pues tu no comas mi amor yo sí yo si tengo hambre

P4: Nosotros la verdad es que casi siempre tenemos la costumbre a arrimarles a los demás que coman, pero cuando me siento a comer me saboreo hasta una tortilla namás porque me supo sabrosa, ya no alcance pollo, pero qué tal mi tortillita

P1: Y es que siempre procura uno como que siempre dándoles hasta sirviéndoles el agua, aunque este ahí a veces, ahí está uno, que el agua, que una cuchara, ahí están ya acabando ellos y uno apenas va a empezar

P3: Mi esposo tenía mucho la maña de que él ya iba terminando de comer y uno apenas, y no, de ahora en adelante hasta que este servido todo nos sentamos los tres y yo me

quedo si de no manchen, sobre todo cuando les hago enchiladas y es algo así es cuando me esperan

P1: Bueno, pero es su casa son tres, yo en mi casa somos seis entonces en lo que se esperan ya se enfriaron las tortillas o el caldo, a mí me gusta disfrutar la comida.

15. Bibliografía

- ♣ ABC de género en la Administración Pública, Instituto Nacional de la Mujeres, INMUJERES, Nov. 2007.
- ♣ Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA), 2010. Recuperado de: http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/635/1/images/programade_accion_sept.pdf
- ♣ Aguilar, P. P. Cultura y alimentación. Aspectos fundamentales para una visión comprensiva de la alimentación humana. Vol. 48. Junio, 2014. Pág. 11-31.
- ♣ Barragán, H.L; Moiso, A; Mestorino, M; Ojeda, O.A. *Fundamentos Salud Publica*. La Plata, 2007. Recuperado de: http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Tecnicos/Fundamentos_de_la_salud_publica/introduccion.pdf.
- ♣ Bitácora Social México s. de R.L. de C.V., alianza para una vida saludable y consejo mexicano de la industria de productos de consumo, A.C. *Hábitos y decisiones cotidianas: Percepciones y realidades socioculturales, funcionales y simbólicas en torno a la alimentación de la familia de clase media mexicana*. (s.f.). Recuperado de: http://movisa.org.mx/images/NoBS_Report.pdf
- ♣ Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Bangkok, Tailandia, 2005. Recuperado de: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- ♣ Chápela, MC (2007) Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipadora. En Jarillo EC y Guinsberg E. (editores) *Temas y desafíos en salud colectiva*. Argentina: Lugar Editorial. Capítulo 14:347-373
- ♣ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última Reforma DOF 27-08-2018. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_270818.pdf

- ♣ Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México, 2000. Recuperado de: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf
- ♣ Declaración de Sundsvall, sobre los ambientes favorables a la salud. Sundsvall, Suecia en 1991 Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59967/WHO_HED_92.1_spa.pdf;jsessionid=5DE5C95B5535C41CBA0DDA6E723F784E?sequence=1
- ♣ Declaración de Yakarta sobre la Adaptación de la Promoción de la Salud al siglo_XX celebrada en Yakarta, Indonesia en 1997. Recuperado de: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf
- ♣ Domínguez P., Olivares S., Santos JL. *Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil*. (s. f). Departamento de Nutrición, Diabetes y Metabolismo. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Universidad de Chile. Chile (s/a). Recuperado de: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123925/Dominguez_p.pdf.
- ♣ Estrategia PrevenIMSS, 2002, Recuperado de: http://ctifranciamexico.org/images/foro_obesidad/Capitulo_PREVENIMSS_2014_T.pdf
- ♣ Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, 2004. Recuperado de: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_w eb.pdf
- ♣ Estrategia Nacional de Prevención y Promoción para una Mejor Salud (2007) Recuperado de: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Mexico/e strategia_nacional.pdf
- ♣ Estrategia PrevenISSSTE, 2010. Recuperado de: <https://prevenissstecercadeti.wordpress.com/prevenissste/>

- ♣ Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, 2013. Recuperado de: [http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia con portada.pdf](http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf)
- ♣ Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud México RESUMEN EJECUTIVO Y DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES, 2016. Recuperado de: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>
- ♣ García-García, Eduardo, De la Llata-Romero, Manuel, Kaufer-Horwitz, Martha, Tusié-Luna, María Teresa, Calzada-León, Raúl, Vázquez-Velázquez, Verónica, Barquera-Cervera, Simón, Caballero-Romo, Alejandro de Jesús, Orozco, Lorena, Velásquez-Fernández, David, Rosas-Peralta, Martín, Barriguete-Meléndez, Armando, Zacarías-Castillo, Rogelio, & Sotelo-Morales, Julio. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública: una reflexión. *Salud Pública de México*, 50(6), 530-547. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342008000600015&lng=es&tlng=es.
- ♣ García J, F. García, A. Rodríguez G, A. Gálvez. A, M. *Dimensión económica del sobrepeso y la obesidad como problemas de salud pública*. 2010. *Salud en Tabasco*. Vol. 16. 891-895. Recuperado de: <https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/891.pdf>
- ♣ García del Castillo Rodríguez, J. (2003). Familia y drogas: aspectos psicosociales. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*; XIII (1) 13-163. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/654/65413105/>
- ♣ Garcimartín Cerezo, P., Juve-Udina, M., Delgado-Hito, P. *Del concepto de empoderamiento del paciente a los instrumentos de medida: una revisión integrativa*. 2016; 50(4):664-671. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/es_0080-6234-reeusp-50-04-0667.pdf.
- ♣ Gasto en Salud Propuesta 2017. CIEP. Recuperado de: http://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/#_ftn4

- ♣ González, M; Rey, L; Oliva, L. Las relaciones familiares y el consumo de drogas en los adolescentes de Xalapa, Veracruz, Revista Electrónica de Psicología Iztacala Vol. 12 No. 1 Marzo de 2009. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Recuperado de:
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol12num1/Art2Vol12No1.pdf>
- ♣ Health at a glance 2017: OECD indicators. Recuperado de:
<https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf>
- ♣ Hamui, A. Facultad de Medicina, UNAM, División de Estudios de Posgrado, Jefe del Departamento de Investigación Educativa, México D.F., México. Recuperado de:
http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num01/09_MI_HAMUI.PDF
- ♣ Hernández M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Recuperado de: <http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2017/04/ENSANUT2016-mc.pdf>.
- ♣ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Indicadores sociodemográficos de México, 2001.
- ♣ Jay, G. S. *La falsa medida del hombre*. 1986. Ediciones Orbis, S.A. Distribución exclusiva para Argentina, Chile, Paraguay, Perú, y Uruguay: HYS-PAMERICA EDICIONES ARGENTINA. Buenos Aires.
- ♣ Laguna C, A. *Estrategias para mejorar el manejo nutricional*, Abril- Junio, 2006. Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol. 10, No. 2. Pp. 102-113. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2006/er062e.pdf>
- ♣ López, A. O; Escudero, J.C; Dary, C. L. *Los determinantes sociales de la salud*. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES*. Revista de Medicina Social volumen 3, número 4, noviembre 2008. Recuperado de: http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/los_determinantes_sociales_alames.pdf

- ♣ López A, O; López M, S. Derecho a la Salud en México, 2015. UAM.
- ♣ Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en Shanghai, República Popular China, 2016. Recuperado de: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1>
- ♣ Oniang'ó, R; Mukudi, E. “Nutrición y género”. En Nutrición: La base para el desarrollo. Ginebra: SCN, 2002.
- ♣ Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Helsinki, Finlandia, 2013. Recuperado de: <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2013/07/23/8a-conferencia-mundial-de-promocion-de-la-salud/>
- ♣ Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura. Recuperado de: <http://www.fao.org/zhc/detail-events/es/c/472251/>
- ♣ Alonso Palacio, L, & Escorcía de Vásquez, I. (2003) El ser humano como una totalidad. *Salud Uninorte*, (17), 3-8.
- ♣ Primer conferencia Internacional Sobre Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, Canadá en 1989. Recuperado de: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- ♣ Programa estatal intersectorial para la prevención, tratamiento y combate del sobrepeso, obesidad y trastornos alimentarios del estado de México y sus Municipios, 2016. Recuperado de: <http://salud.edomex.gob.mx/html/doctos/temas/Programa%20Estatal%20para%20la%20Prevencion,%20Tratamiento%20y%20Combate%20al%20Sobrepeso.pdf>
- ♣ Programa de prevención de la obesidad y sobrepeso para servidores públicos, 2016. Disponible en: <https://www.naucalpan.gob.mx/programa-de-prevencion-de-la-obesidad-y-sobrepeso-para-servidores-publicos/>
- ♣ Programa de Prevención y Regresión del Sobrepeso y la Obesidad. Recuperado de: <https://www.gob.mx/issste/articulos/ppresyo-un-programa-hecho-a-tu-medida?idiom=es>
- ♣ Rivera, D. J; Hernández, A. M; Aguilar, S. C; Vadillo, O. F; Marayama, R.C. *Obesidad en México: Recomendaciones para una política de Estado*. 2013.

Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de:
<https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>

- ♣ Reich, W. *La función del orgasmo. El descubrimiento del orgón. Problemas económicos, sexuales de la energía biológica.* 2010. Pp. 296. Editorial Paidós.
- ♣ Taylor y Bogdan. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.* Ed. Paidós. España 1987.
- ♣ Segunda conferencia Internacional Sobre Promoción de la Salud Declaración de Adelaide, Austria del Sur en 1988 Recuperado de:
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/025495/adelaide.pdf>
- ♣ Séptima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Nairobi (Kenia), 2009. Recuperado de:
http://www1.paho.org/hiap/images/stories/PDFs/Nairobi_2009_sp.pdf
- ♣ Torres, Felipe (coord.) *et al.* (1997) *Dinámica económica de la industria alimentaria y patrón de consumo en México*, México, UNAM/IIIE.
- ♣ World Health Organization. Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra; 1998. Recuperado de:
<http://www.msssi.gob.es/ca/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>.