

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL, CULIACÁN
DOCTORADO EN TRABAJO SOCIAL**



**CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL CUIDADO DE SÍ EN SALUD DE MUJERES ADULTAS,
CON SOBREPESO Y OBESIDAD QUE ASISTEN A LA UNEME EC, EN CULIACÁN,
SINALOA.**

TESIS

**QUE COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA EN TRABAJO
SOCIAL**

PRESENTA

**MC. GLADIS ZULEMA ACOSTA MORENO
DIRECTORA**

DRA. ROSARIO EDITH ORTIZ FÉLIX

LECTORAS CRÍTICAS:

DRA. LUZ MERCEDES VERDUGO ARAUJO

DRA. NANCY VANESSA LUGO MEDINA

Culiacán de Rosales, Sinaloa; diciembre de 2024.



Dirección General de Bibliotecas
Ciudad Universitaria
Av. de las Américas y Blvd. Universitarios
C. P. 80010 Culiacán, Sinaloa, México.
Tel. (667) 713 78 32 y 712 50 57
dgbuas@uas.edu.mx

UAS-Dirección General de Bibliotecas

Repositorio Institucional Buelna

Restricciones de uso

Todo el material contenido en la presente tesis está protegido por la Ley Federal de Derechos de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

Queda prohibido la reproducción parcial o total de esta tesis. El uso de imágenes, tablas, gráficas, texto y demás material que sea objeto de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente correctamente mencionando al o los autores del presente estudio empírico. Cualquier uso distinto, como el lucro, reproducción, edición o modificación sin autorización expresa de quienes gozan de la propiedad intelectual, será perseguido y sancionado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial
Compartir Igual, 4.0 Internacional



RESUMEN

La presente investigación es una aproximación a la categoría del del cuidado de sí en salud, en mujeres con sobrepeso y obesidad que son atendidas por las Unidades Médicas de Especialización de Enfermedades Crónicas en Culiacán Sinaloa. Intenta contribuir teóricamente desde una perspectiva constructivista de la realidad, en donde se resaltan la construcción social del significado del cuidado de sí con respecto a la imagen corporal; cuidado de la salud en la alimentación, actividad física, asistencia a las instituciones de salud y el cuidado de los otros, como rol asignado en las mujeres.

Se justifica el sustento teórico al problema, dando cuenta de las aportaciones científicas en los últimos cinco años a nivel nacional e internacional. Así como el cuerpo de categorías generales, intermedias y específicas, explicadas desde la perspectiva constructivista, destacando la teoría de la construcción de la realidad de Berger y Luckmman (1968), engarzada al cuidado de sí, desde la visión hermenéutica de Michel Foucault (1982) y el cuidado de sí en salud, propuesta teórica de Muñoz Franco (2009) desde la disciplina de Trabajo Social.

La propuesta empírica-teórica da cuenta de los problemas que enfrentan las mujeres con sobrepeso y obesidad para cuidar su salud, desde su propia mirada. Por lo que la investigación se aborda desde el enfoque cualitativo, bajo el método biográfico, con el uso de los relatos de vida, puesto que este método permitió la indagación del proceso de construcción social de los significados del cuidado de sí, desde la niñez hasta la adultez. Las técnicas utilizadas para la recabada de los datos fueron la entrevista a profundidad y la observación directa como técnica inherente al proceso de indagación.

Los resultados apuntan a que la construcción social del significado del cuidado de sí en salud de las mujeres con sobrepeso y obesidad se desarrolla desde las primeras etapas de vida hasta la actualidad en un proceso de interacción con el contexto social en el que les tocó vivir, los cuales marcaron pautas en los significados del cuidado de su salud, tanto en su percepción del cuerpo hasta la aceptación del mismo, así como de las acciones que desarrollan para cuidarse en las dimensiones de la alimentación, actividad física y la asistencia a las instituciones en una relación incidente en el cuidado de los otros, destacándola como una responsabilidad asignada desde un sistema patriarcal.

Palabras claves: construcción social, cuidado de si en salud, mujeres adultas, sobrepeso y obesidad.

ABSTRACT

This research is an approach to the category of self-care in health, in overweight and obese women who are treated by the Medical Units of Specialization in Chronic Diseases in Culiacán Sinaloa. It attempts to contribute theoretically from a constructivist perspective of reality, where the social construction of the meaning of self-care is highlighted in three dimensions: body image; health care in nutrition, physical activity, attendance at health institutions and the care of others, as a role assigned to women.

The theoretical basis for the problem is justified, taking into account the scientific contributions in the last five years at a national and international level. As well as the body of general, intermediate and specific categories, explained from the constructivist perspective, highlighting the theory of the construction of reality by Berger and Luckmman (1968), linked to

Self-Care, from the hermeneutic vision of Michel Foucault (1982) and self-care in health, a theoretical proposal by Muñoz Franco (2009) from the discipline of Social Work.

The empirical-theoretical proposal accounts for the problems faced by overweight and obese women to take care of their health, from their own perspective. Therefore, the research is approached from the qualitative approach, under the biographical method, with the use of life stories, since this method allowed the investigation of the process of social construction of the meanings of self-care, from childhood to adulthood. The techniques used to collect the data were the in-depth interview and direct observation, as a technique inherent to the inquiry process.

The results indicate that the social construction of the meaning of self-care in the health of overweight and obese women develops from the early stages of life to the present in a process of interaction with the social context in which they live, which set guidelines in the meanings of caring for their health, both in their perception of the body and acceptance of it, as well as the actions they develop to take care of themselves in the dimensions of food, physical activity and assistance to institutions in a relationship that affects the care of others, highlighting it as a responsibility assigned from a patriarchal system.

Keywords: social construction, self-care in health, adult women, overweight and obesity.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación es un sueño cumplido que empecé a forjar en las primeras interacciones con el mundo de la academia de Trabajo Social, el cual me enorgullece culminar, pero este sueño no es solo mío, es de quienes estuvieron acompañándome en el proceso, de quienes impulsaron mi formación en la disciplina y que esperan frutos de ello. Por lo que doy mi más sincero agradecimiento por hacer posible la realización de esta tesis. En primer lugar, agradezco a Dios por darme vida y poner los medios para que yo cumpla su propósito, al Comité Académico de Posgrado en Trabajo Social por aceptarme en el programa de doctorado.

Agradezco profundamente a mi directora de tesis, Dra. Rosario Edith Ortiz Félix, por su invaluable orientación, apoyo constante y paciencia a lo largo del proceso, sus conocimientos fueron importantes para que yo pudiera lograr construir el proyecto de investigación y desarrollarlo, hasta culminarlo. A mis lectoras críticas, Dra. Luz Mercedes Verdugo Araujo y Dra. Nancy Vanessa Lugo Medina, por sus atinadas observaciones y sugerencias, siempre de manera positiva a mi trabajo y a mi persona, aspecto que atesoro de gran manera.

Agradezco especialmente a mi hijo David Arturo Valdez Acosta, que siendo un pequeño de cuatro años cuando inicié y hasta hoy ya de ocho años, fue tan comprensivo regalándome ese tiempo que él requería de mí, tiempo que es complicado recuperar, pero que me enseñó a conocerle y no subestimarle en sus capacidades. A mi esposo, que ha acompañado en todo el proceso, ha sido una pieza clave en mi formación académica, sin duda sus sugerencias y conocimientos han aportado a mi crecimiento profesional. Mi reconocimiento por asumir su paternidad y su rol como compañero de vida.

A mi familia por su comprensión y ánimo, en todos los momentos en los que no podía interactuar con ellos y a mis amigas y compañeras (os), por su apoyo, motivación y por estar siempre dispuestos a escucharme. Atesoro su tiempo, sus abrazos, cada conversación fueron fundamentales para mantenerme enfocada y motivada. Agradezco también al personal de la Unidad Médica de Especialidad Crónica [UNEME EC), de la colonia Toledo Corro en Culiacán Sinaloa, especialmente a la Licenciada en Trabajo Social Gladys Marlen Carrillo, así como también a las mujeres adultas, sujetas de estudio, por su valiosa disposición en darme su tiempo, sus experiencias y significados de su vida, sin sus datos no fuera posible esta investigación.

Mil Gracias

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a la disciplina de Trabajo Social, profesión que me enorgullece y a la que le
debo conocimiento.

Me la dedico a mí y a todas las mujeres que día a día aportamos al desarrollo de la sociedad,
dejando en segundo plano la salud física y mental.

INDICE

<u>INTRODUCCIÓN</u>	16
<u>CAPÍTULO I: CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO</u>	19
<u>1.1 Planteamiento del Problema</u>	19
<u>1.2 Preguntas de Investigación</u>	26
<u>1.3 Objetivos de Investigación</u>	27
<u>1.4 Justificación</u>	27
<u>1.5 Supuestos de Investigación</u>	36
<u>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</u>	38
<u>2.1 Estado del Arte</u>	38
<u>2.1.1 Descripción de los Principales Estudios que Aportaron Reflexión a la Categoría del Cuidado de Sí en Mujeres</u>	38
<u>2.1.2 Principales Investigaciones Sobre los Significados del Cuerpo y Alimentación en Mujeres</u>	41
<u>2.2 Perspectiva Constructivista como Fundamento Teórico para el Análisis de los Significados del Cuidado de Sí en Salud de las Mujeres</u>	50
<u>2.3 Teorías, categorías y conceptos que explican el fenómeno de estudio</u>	52
<u>2.3.1 Teoría de la construcción social de la realidad</u>	52
<u>2.3.1.1 Los Significados Sociales y el Proceso de Internalización</u>	54
<u>2.3.2 El Género como Construcción Social</u>	60
<u>2.3.2.1 Estereotipos y Roles de género</u>	63
<u>2.3.3 El Cuidado de Sí de los Sujetos Sociales</u>	65
<u>2.3.4. Cuidado de Sí en Salud</u>	69
<u>2.3.4.1 El Cuerpo y la Imagen Corporal</u>	72
<u>2.3.4.2 Acciones de Autocuidado para el Cuidado de Sí en Salud</u>	74

2.3.4.2.1 <u>La Alimentación y sus Significaciones Sociales</u>	74
2.3.4.3 <u>Actividad Física y sus Significaciones para Cuidar la Salud</u>	77
2.3.4.4 <u>Asistencia a las Instituciones de Salud como una Forma de Atención a la Salud</u>	79
2.3.4.5 <u>Cuidado de Sí, y los Roles de las Mujeres como Cuidadoras de Otros</u>	81
2.3.5 <u>El Sobrepeso y Obesidad como Problema de Salud Pública</u>	85
2.3.6 <u>Participación del Trabajo Social en la Prevención y Promoción de la Salud</u>	88
<u>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</u>	90
3.1 <u>Enfoque</u>	90
3.1.1 <u>La fenomenología en la investigación cualitativa</u>	91
3.1.2 <u>Técnicas de investigación</u>	96
3.2 <u>Escenario de Estudio</u>	100
3.2.1 <u>Acceso al campo</u>	102
3.2.2 <u>Participantes del Estudio</u>	103
3.3 <u>Consideraciones Éticas</u>	104
3.4 <u>Procedimientos Realizados para el Análisis de los Datos</u>	106
<u>CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</u>	110
4.1 <u>Caracterización de las Sujetas de Estudio</u>	110
4.2 <u>Principales Significaciones Sociales de las Mujeres con Problemas de Sobrepeso y Obesidad sobre el Cuidado de Sí en Salud</u>	120
4.2.1 <u>Significados de la Imagen Corporal de las Mujeres con Sobrepeso y Obesidad</u>	120
4.2.1.1 <u>Satisfacción y Aceptación de la Imagen Corporal</u>	123
4.2.2 <u>Significaciones sobre la Alimentación, Ejercicio Físico y Asistencia a las Instituciones de Salud como Acciones de Autocuidado</u>	126
4.2.2.1 <u>Significados de la Alimentación y Alimentación Saludable</u>	127
4.2.2.1.1 <u>Significados de la Dieta Alimentaria</u>	131
4.2.2.2 <u>Significados de la Actividad Física</u>	133

<u>4.2.2.3. Significados sobre la Asistencia a las Instituciones de Salud</u>	135
<u>4.2.3 Significaciones Sociales con respecto al Cuidado de los Otros.</u>	141
<u>4. 2. 3.1 Dar lo Mejor de Sí para el Cuidado de los Otro</u>	144
<u>4. 2.3.2 Priorizaciones en el Cuidado de los Otros y Descuido de la Salud</u>	146
<u>4.3. Significaciones Construidas por las mujeres con Respecto a la Alimentación, Actividad Física y Asistencia a las Instituciones de Salud a partir de los Roles de Género Asignados como Cuidadoras de Otros</u>	148
<u>4.3.1 Significados Sobre la Alimentación y su Relación con el Cuidado de los Otros</u>	149
<u>4.3.2 Significados Sobre la Actividad Física y su Relación con el Cuidado de los Otros</u> ...	152
<u>4.3.3 Significados Sobre la Asistencia a las Instituciones de Salud y su Relación con el Cuidado de los Otros</u>	155
<u>4.4 Proceso de Construcción Social del Cuidado de Sí en Salud desde las Experiencias Vividas de las Mujeres con Sobrepeso y Obesidad</u>	158
<u>4.4.3.1 Construcción Social del Cuidado de la Salud desde la Alimentación</u>	177
<u>4.4.3.2 Construcción Social de la Actividad Física como Forma de Cuidar la Salud del Cuerpo</u>	184
<u>4.4.3.3 Construcción Social de Cuidar la Salud del Cuerpo Asistiendo a las Instituciones de Salud</u>	190
<u>4.4.4 Construcción Social de Cuidar a Otros</u>	195
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	213
<u>Anexos</u>	228

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1.....	212
--------------	-----

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1.....	100
Figura 2.....	103
Figura 3.....	110

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y obesidad como problema de salud pública, vista desde el paradigma biomédico, deja de lado aspectos socioculturales que determinan los estilos de vida que inciden en el problema de salud, y en lo que respecta al abordaje de la salud en las mujeres, se observa un vacío teórico-epistemológico de lo social. Específicamente se identificó un vacío en elementos conceptuales que expliquen la construcción social del significado del cuidado de sí en salud que presentan las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad, que se consideró indagar y profundizar desde la disciplina de Trabajo Social, para obtener conocimientos empíricos-teóricos que abonen al abordaje y la intervención de los profesionales en el ámbito de la promoción a la salud.

Por tanto, este documento plantea una investigación realizada desde el paradigma cualitativo respecto a la construcción social del cuidado de sí en salud de las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad que asisten a las Unidades Médicas de Especialización de Enfermedades Crónicas, en Culiacán, Sinaloa (UNEME EC), el cual está dividido en tres capítulos y apartados. El primer capítulo del proyecto, denominado construcción del objeto de estudio, integrará el apartado del problema de investigación, preguntas, objetivos, justificación y supuestos teóricos. Este apartado se caracteriza porque se plantea de qué manera se presenta la problemática de estudios, dibujada desde lo contextual y las dimensiones o categorías sociales que tienen relación y permiten la explicación detallada del problema, así como los cuestionamientos y objetivos que guiaron la indagación del problema.

El segundo capítulo presenta el marco teórico, el cual integra las últimas investigaciones encontradas en el ámbito internacional, nacional y local sobre el problema de investigación organizado por categorías teóricas. Se presenta el modelo teórico epistemológico en el que se fundamenta la investigación, destacando el paradigma comprensivo-fenomenológico como base,

con las aportaciones de Weber, Schütz con respecto a los significados y la teoría de la construcción social de la realidad de Berger y Luckmann, que guía en la explicación y comprensión del problema, por lo que la indagación se ubicó y se centró en una perspectiva constructivista de la realidad social.

Como categorías generales e intermedias, centrales del estudio, se presenta el Cuidado de sí mismo (Michelle Foucault) y el Cuidado de sí en salud (Muñoz Franco), de las cuales se desprenden los conceptos empíricos que se describen, como: imagen corporal, acciones de autocuidado en alimentación, actividad física y asistencia a las instituciones de salud. Se agrega la categoría del género y el cuidado de los otros, como categorías que atraviesan los conceptos empíricos antes mencionados.

El tercer capítulo aborda la metodología que encauzó las formas de indagación de la problemática, se detalla la ruta epistemológica y metodológica que se siguió para obtener los resultados del estudio. Se trabajó con un enfoque cualitativo y desde la perspectiva fenomenológica, en el que se utilizó el método biográfico (relatos de vida) para la obtención de los datos a través de la técnica de la entrevista y la observación. Así también, presenta la ruta que se siguió para el análisis, interpretación y presentación de los resultados.

Como último y cuarto capítulo, denominado: resultados de investigación, se presentan los principales datos que dan cuenta del cumplimiento de objetivos y preguntas iniciales del estudio. Este comprende los siguientes apartados: características de las sujetas de estudio, principales significados del cuidado de sí en salud de las mujeres con sobrepeso y obesidad, significados de la imagen corporal, significados de la alimentación, actividad física, asistencia a las instituciones de la salud y el cuidado de los otros.

Así mismo, está integrado el apartado de los significados de género y roles de género de las mujeres enlazados con la categoría del cuidado de los otros y los significados construidos desde las asignaciones de género en las mujeres, con respecto a la alimentación, la actividad física y la asistencia a las instituciones de salud. Como último apartado del capítulo, se presenta una integración de significados con respecto a los elementos contextuales y biográficos, que permitieron comprender cómo las mujeres fueron construyendo los significados del cuidado de sí en salud, resaltando las aportaciones empíricas en la comprensión del problema desde la teoría de la construcción de la realidad con un esquema que sintetiza el proceso de construcción de significados.

Se finaliza el documento con las conclusiones en cuyo apartado se sintetizan los principales significados del cuidado de sí en salud que las mujeres con sobrepeso y obesidad han construido en las etapas de vida, que van desde la niñez hasta la adultez, etapa actual de las sujetas de estudio; se enlazan con los contextos sociales, principales agentes de socialización y el contenido del lenguaje (significados), con los que interactuaron las mujeres en cada una de las etapas de vida, que las llevaron a construir significados del cuidado de sí mismas. Finaliza este apartado con la comprensión total del fenómeno y las necesidades de aportar teóricamente a la categoría desde la construcción de instrumentos cuantitativos, artículos científicos, modelos de intervención y finalmente, se abona a la línea de investigación de promoción a la salud en el noroeste de México.

CAPÍTULO I: CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Planteamiento del Problema

Actualmente los discursos del cuidado de sí en salud, como objeto de estudio de las ciencias sociales se desarrollan en dos vertientes, por un lado, se encuentran los estudios sociológicos y antropológicos sobre los efectos de la globalización en el cuidado del cuerpo, por otro lado, estudios de la psicología, enfermería y Trabajo Social relacionados con la ética del cuidado. Con respecto a ello, los discursos están enfocados a la crisis del cuidado de los profesionales de la salud como cuidadores, mujeres adultas con roles de cuidadoras y algunos otros discursos relacionados con el cuidado de sí en salud en pacientes con enfermedades renales.

El cuidado de sí en salud es un constructo amplio, ya que involucra la subjetividad de los sujetos construidos en un contexto donde aparecen aquellos aspectos sociales, económicos y culturales que el ser humano asume de manera subjetiva, dándole sentido a las acciones de autocuidado. Implica revisar significaciones y representaciones sociales que permiten comprender las formas de como los sujetos construyen y se apropian de sus prácticas de autocuidado desarrollados en su cotidianidad, ya que estos constituyen la configuración de actitudes para asumir su propia vida (Muñoz, 2009).

Por lo tanto, la vida cotidiana se convierte en un escenario a considerar para revisar el cuidado de sí en salud porque es donde convergen aspectos económicos y sociocultural, se desarrollan las interacciones y las relaciones intersubjetivas que posibilitan la construcción social de significados asumidos para cuidar la salud del cuerpo; posibilita la emergencia de conocimiento socialmente construido con respecto al mantenimiento de la salud (Muñoz, 2019). En lo cotidiano, es donde se percibe el valor del cuidado de sí mismo en las mujeres adultas con sobrepeso y

obesidad, que actualmente se encuentra en crisis producto de la globalización, siendo las dimensiones políticas, económicas y sociales los principales factores (García, 2018).

En ese proceso económico globalizador, la obesidad es considerada como la pandemia del siglo XXI (Ceballos, et al. 2018) vista como una condición de salud por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), definida como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Para Rivera, et al. (2018) es como un trastorno metabólico multifactorial caracterizado por el exceso de grasa corporal y que origina otro tipo de enfermedades cardiovasculares, enfermedades coronarias y diabetes, el cual se ha convertido en un problema de salud social, siendo un reto para las instituciones de salud y la población en general.

En el caso de México, la obesidad aparece en un mundo paradójico; por un lado, se tiene una sociedad modelada por la delgadez (Valenzuela & Meléndez, 2019) y, por otro lado, existe una profunda crisis de inseguridad alimentaria (Raccanello, 2020), que a su vez trae contradicciones en los discursos institucionalizados con respecto a las estrategias de salud para disminuir los problemas de sobrepeso y obesidad (Gracia, 2007). En ese aspecto, existen discursos que giran en torno a la concepción de un cuerpo femenino como instrumento que puede ser moldeado y deseado por otros, se socializan discursos políticos para la prevención y atención del problema de sobrepeso y obesidad (Sandoval & Ruiz, 2018).

Por consiguiente, Valverde y Gutiérrez (2016) hacen alusión, que a menudo los medios de comunicación juegan un papel muy importante en la normalización del cuerpo de las mujeres, y con frecuencia lanzan estereotipos del cuerpo ideal enmarcados en los cánones de belleza del mundo occidental, provocando una búsqueda constante de cambiar las partes del cuerpo insatisfechas. Así también, las políticas públicas adoptan discursos de la filosofía del bienestar impulsada por los mercados alimentarios y de fitness para generar una cultura física y de la

alimentación con el objetivo de crear sociedades saludables, los cuales se apoyan de la medicina y la academia en sus discursos dirigidos a la sociedad en riesgo (Aldana, et al., 2017).

Por lo que se considera que, el cuerpo en este proceso globalizador permeado por las sociedades medicalizadas, se ha convertido en un instrumento moldeado por las estructuras de poder (Foucault,1998), el cual, es considerado como un sistema de símbolos culturales, donde la expresión depende o está restringido y mediatizado por la cultura, siendo esta una presión social que tiene que soportar, pues el cuerpo es capaz de absorber diversas ideologías y formas de vida construidos desde la experiencia (González, 2008). De esa manera, el cuerpo de la mujer lo ha concebido y construido socialmente bajo las ideologías del poder, el cual se ha convertido en un objeto manipulado.

De tal manera que, el cuerpo como objeto de manipulación por las empresas del bienestar y permeados por el sistema patriarcal es visto y construido para cumplir una función de ser para otros, ya sea para la procreación o como objeto de deseo de otras personas. Siendo esto parte de la violencia simbólica que el hombre ejerce sobre la mujer. El cuerpo, según Serrano et al. (2018), es una representación simbólica que es impactada por los estereotipos de género que se pueden expresar mediante la discriminación, exclusión, uso del poder y violencia; ha traído como consecuencia una sociedad con construcciones ideológicas de violencia simbólica al cuerpo y miedo a ser objeto de burla por el aumento de peso, lo que ha llevado al surgimiento de sociedades con fobia a la obesidad, llamada, *lipofobia* (Fischler, 1995 & Bauman, 2007).

Por otra parte, en sociedades con desigualdad económica se ve reflejada la inseguridad alimentaria de las familias, a consecuencia de que el ingreso familiar no alcanza para cubrir una canasta alimentaria básica. Ante ello, el consumo alimentario se convierte en la adquisición de productos que poco o nada nutren, tales como las harinas, embutidos, entre otros, lo cual ha llevado

a las mujeres con sobrepeso y obesidad a construir gustos alimentarios que no favorecen la salud del cuerpo. Montero et al. (2021) muestran que existen factores que influyen en el consumo alimentario, como lo es el ingreso familiar mismo que depende del salario mínimo, aspecto que es identificado como incidencia en el sobrepeso y obesidad.

Se considera que el salario es un factor influyente en la canasta básica alimentaria, el cual está asociado al salario mínimo considerado inalcanzable para las familias de bajos niveles económicos, donde la dieta se ve condicionada por el ingreso, limitando la posibilidad de los colectivos a una dieta/alimentación en beneficio del mantenimiento de su salud (Rodríguez y Casas, 2018). En el caso de México, en los últimos años el precio de la canasta alimentaria básica se fue al alza (Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI] 2022), pues de los 82 productos de la canasta básica, la mayoría no son alcanzados por la población de bajos niveles económicos.

Por ello, el ingreso insuficiente ha llevado a que las mujeres se inserten en dobles jornadas de trabajo obligándolas a someterse a dinámicas donde la mayoría del tiempo es dedicado al trabajo salarial y doméstico, dándole poca importancia al cuidado de sí mismas (Charry, et al., 2020). La población que se ve mayormente afectada por las dobles jornadas laborales son las mujeres, quienes han alcanzado mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad asociado de manera significativa a los roles de género, la ocupación, las horas de trabajo doméstico y las jefaturas femeninas. Se destaca que las ejercen roles como cuidadoras de los hijos u otros miembros de la familia, que, desde la perspectiva de la construcción social del género, es considerado un rol asignado, en donde las mujeres deben ser las encargadas de las actividades domésticas y la crianza de los hijos (Delgado, 2017).

Un aspecto que es necesario considerar ante las significaciones construidas para cuidar la salud se encuentra el posicionamiento en el que se encuentran las mujeres con respecto al cuidado su salud y la de otros, ya que el rol de género construido en la cotidianidad las considera como cuidadoras y parte del trabajo doméstico, pero que además es percibido como una forma de dar afecto a los integrantes de la familia. El rol como cuidadoras, es construido en la cotidianidad como un rol subjetivo y funcional, donde la mujer ha sido controlada por el patriarcado y no ha sido capaz de deslindarse de estas responsabilidades, lo que conlleva a una carga negativa para ellas (Sayer, 2006).

Es por ello que, el rol de las mujeres como cuidadoras está por encima como valor entendido e institucionalizado en la conciencia, no solo de la familia, sino de las propias mujeres, ya que su deseo construido de ver sanos y felices a sus hijos, lo posicionan por encima de su propio bienestar. En ese sentido Mendoza et al., (2023), hacen referencia a que la mujer ha construido ideologías y formas de ser, de sacrificio y ser para otros, que se convierten en un factor de riesgo para la salud de las mujeres, puesto que las lleva a ser exclusivas de las familias, dejando de lado el autocuidado.

Por lo tanto, en el escenario globalizador de inseguridad salarial y de inseguridad alimentaria, las mujeres adultas con características de sobrepeso y obesidad han elaborado significados sobre el cuidado de sí en salud, en tres dimensiones; la relación consigo misma y el cuerpo, con los otros y el mundo, en un proceso de construcción social que se desarrolla a partir de la socialización primaria y secundaria, lo cual ha llevado a la institucionalización social en cuanto a la aceptación de una imagen corporal y las formas de cuidarlo, tales como la alimentación, el ejercicio físico y la atención de las instituciones de salud desde las asignaciones sociales de género.

En la socialización primaria las mujeres adultas construyen sus significaciones desde la niñez con su primera institución socializadora, que es la familia, en ella adoptan formas u estrategias de cuidar la salud de su cuerpo socializados por sus padres u otros miembros de la familia. Las formas de cuidar el cuerpo están cargadas de significados construidos bajo las ideologías marcadas por el mercado alimentario, los estereotipos de los cuerpos femeninos promovidos por los medios de comunicación y el sistema patriarcal, así como también una carga de representaciones culturales, tales como hábitos, creencias en cuanto a las formas de cuidar la salud del cuerpo como acciones de autocuidado.

Con respecto a las acciones de autocuidado, las mujeres adultas han configurado significados con respecto a las formas de alimentarse mediante las interacciones con los mercados alimentarios, medios de comunicación y las promociones de la alimentación saludable realizada por las instituciones de salud; así como los grupos de mujeres en los que interactúan, ya sea en la comunidad o espacio laboral. Los significados se pueden identificar a través de los hábitos alimentarios, reconocidos como las prohibiciones, asignaciones y formas de preparación, número de comidas diarias y horarios de cada comida, teniendo características diferentes e importantes entre grupos sociales dependiendo de la relación cuerpo-alimento (Rotenberg & Vargas, 2004).

Así también han construido significaciones en cuanto a las formas de cuidar la salud física y mental del cuerpo mediante la actividad física, los cuales son construidos a partir de los entornos físicos de inseguridad y violencia, dobles jornadas laborales, dificultades económicas para el pago de espacios para hacer ejercicios y roles de género como cuidadoras de otros, siendo estas realidades sociales que han permitido que las mujeres no prioricen el cuidado de su salud. Según Romero y Arellanes (2020), la actividad física en las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad se presenta como algo no rutinario, es también considerado un aspecto que se dificulta habitar,

también contiene representaciones y significaciones, los cuales determinan las actitudes asumidas para el desarrollo de éstas, y a su vez es considerado como una práctica reconocida como necesaria, pero no practicada.

Por otra parte, han adquirido significados de cuidar su salud corporal desde las instituciones de salud, ya sea públicas o privadas, específicamente con los programas de promoción a la salud; es aquí donde existen dicotomías entre el usuario y los servicios de salud. Las construcciones de los significados de las mujeres para el cuidado del cuerpo radican principalmente en las formas, contenidos de la información y atención de los profesionales de la salud, que en sus discursos institucionales de promoción al autocuidado omiten los componentes psicosociales, socioculturales y económicos que no permiten contextualizar las prácticas del cuidado de la salud, imponiéndole a las personas la modificación de sus comportamientos, los cuales no logran el alcance deseado, debido a que reduce la protección social mediante la disminución de aspectos de incidencia que dan respuesta a las enfermedades y a los riesgos de enfermar (Muñoz, 2019).

Por lo tanto, se plantea que las mujeres madres de familia adultas con pobreza salarial y estilos de vida caracterizados por el mercado global, con condiciones laborales precarias y espacios físicos con violencia, constantemente se enfrentan a contradicciones con respecto al cuidado de sí mismas; por una parte, se presenta el anhelo de cuidar el cuerpo respondiendo a los estándares de belleza física; por otra parte, presentan dificultades para responder a las orientaciones institucionalizadas del cuidado de la salud, incluyendo además la responsabilidad de cuidar la salud de otros como parte de los roles de género instituidos dejando en último lugar su salud.

Esas contradicciones y dificultades son vivenciadas por las mujeres adultas con problemas de sobrepeso, obesidad que asisten a las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas [UNEMES EC] de la colonia Toledo Corro en Culiacán Sinaloa, México, a quienes se

les dificulta establecer cambios en sus estilos de vida para mejora condición de salud. Al momento de la investigación en la institución asistieron 300 pacientes con problemas de sobrepeso, obesidad, diabetes, e hipertensión, de los cuales 215 son mujeres adultas de 34 a 75 años, quienes reciben tratamiento durante un año, que consiste en una atención integral de salud; atención, medicalización y prevención de la enfermedad.

Sin embargo, en ese año de atención por parte de la UNEME EC, se presentan en las mujeres dificultades en el apego al tratamiento preinscrito por el personal de la institución, específicamente en construir estilos de vida saludables como son los hábitos alimentarios, rutinas de ejercicio físico y asistencia a la institución de salud, lo cual se ha convertido en barreras socioculturales que impiden a las mujeres cumplir con éxito el tratamiento.

Por lo tanto, esas barreras sociales que presentan las mujeres para hacer cambios en los estilos de vida y mejorar la salud se traducen en un problema de salud pública complejo en donde los profesionales de la salud, entre ellos la profesión de Trabajo Social deben de conocer a profundidad, en la idea de mejorar las intervenciones en la salud. Para ello desde esa mirada profesional del Trabajo Social se plantean las siguientes interrogantes de investigación.

1.2 Preguntas de Investigación

Pregunta General

¿Cómo construyeron los significados sociales sobre el cuidado de sí en salud, las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad, respecto a su imagen corporal, alimentación, actividad física, asistencia a las instituciones de salud y el cuidado de los otros a partir de las asignaciones sociales del género?

Preguntas Específicas

- ¿Cuáles son los significados que las mujeres adultas han construidos sobre su imagen corporal, la alimentación, la actividad física y la asistencia a las instituciones de salud?

- ¿Qué significados sociales han construido las mujeres adultas, con respecto al cuidado de los otros a partir del rol del género asignado?
- ¿Cómo se presentan los significados sociales construidos por las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad con respecto a la alimentación, actividad física asistencia las instituciones de salud a partir de los roles de género asignados como cuidadoras de otros?

1.3 Objetivos de Investigación

Objetivo general

Comprender de qué manera fueron construidos los significados sociales del cuidado de sí en salud de las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad, a través de las experiencias de vida, con relación a su imagen corporal, la alimentación, actividad física, la asistencia a las instituciones de salud y el cuidado de los otros como parte de las asignaciones de género.

Específicos

- Describir los significados que poseen las mujeres adultas sobre su imagen corporal, la alimentación, actividad física y la asistencia a las instituciones de salud como formas de cuidar su cuerpo.
- Caracterizar los significados sociales que han construido las mujeres con respecto al ser cuidadora de otros como parte de los roles de género asignados.
- Interpretar los significados construidos sobre la alimentación, la actividad física y la asistencia a las instituciones de salud, a partir de los roles de género asignados como cuidadoras de otros.

1.4 Justificación

La salud de las mujeres es un aspecto prioritario plasmado en la Estrategia mundial para la salud de las mujeres, niñas, niños y el adolescente mediante los objetivos: sobrevivir, poner fin a

la mortalidad prevenible; prosperar, lograr la salud física, mental, el bienestar, y transformar, ampliar los entornos propicios, propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016). La Estrategia mundial propone lograr el acceso universal a la atención y servicios de salud, incluidos los derechos y la salud sexual y reproductiva, oportunidades sociales y económicas, y su plena participación en la formación de sociedades prósperas y sostenibles.

Para el 2017 los estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), plasmaron en la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el 2030, lograr el grado máximo de salud que se pueda alcanzar para todas las personas de la región de las Américas, adoptaron la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018–2030 (OMS y OPS, 2018), en donde incluye la salud de las mujeres, que ha cobrado la priorización de la atención desde políticas sociales de diversos países en el mundo, específicamente donde las estadísticas referente a las enfermedades y muertes de las mujeres representan un problema latente.

En ese sentido, tanto los organismos internacionales como las organizaciones de la sociedad civil han impulsado estrategias de salud, considerando a las mujeres como un grupo vulnerable dada la violencia de género; así mismo, es identificado como un grupo en riesgo debido a las estadísticas de salud, donde las mujeres encabezan el grupo de mayor comorbilidad y muerte por enfermedades reproductivas, cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama, enfermedad de corte infeccioso, las enfermedades coronarias, diabetes y las muertes por violencia de género (OMS, 2018).

Las estadísticas de morbilidad de mujeres son más elevadas que en los hombres, sobre todo en salud reproductiva y referente a las enfermedades no transmisibles sigue siendo la principal causa de muerte en el sexo femenino, estas causaron 18.9 millones de defunciones. El suicidio fue

la segunda causa de muerte en las edades de 15 a 29 años en el 2015. Cada día cerca de 830 mujeres fallecen por causa prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, así también la mayoría de las personas que padecen VIH, son mujeres de 15 a 24 años y aunado a ello en los hogares y las comunidades, las mujeres son quienes se ocupan de procurar el cuidado a otras personas, trayendo consecuencias a la salud, como estrés, cansancio, enfermedades del corazón (OMS, 2018).

En México, las mujeres son las principales cuidadoras, según la Encuesta para el Sistema de Cuidados (INACSI, 2022), las mujeres de 15 años en adelante ocupan el 86.9% y los hombres solo un 13.1%, las características sociodemográficas de esta población que participa más en las tareas de cuidados son las edades de 15 a 49 años, siendo el rango de edad que obtuvo mayor puntaje es de 30 a 39 años, estado civil casada, y económicamente activas. Las principales afectaciones a la salud física y emocional derivado de las labores de cuidadoras en el hogar son: cansancio, con un 31.1%; disminución del tiempo del sueño, 31.7%; irritabilidad 22.7%, depresión el 16.3%, deterioro de la salud física 12.7 %, siendo estas las que obtuvieron mayor porcentaje en la encuesta.

Por lo anterior, se destaca que las mujeres son las principales cuidadoras en el hogar y quienes sufren mayores afectaciones a la salud, generando desigualdad en comparación con los hombres. Aunado a los problemas de salud por las actividades de cuidados, se agrega que durante la pandemia las mujeres fueron sometidas a triples cargas laborales, de educación de los hijos, trabajo salarial y las actividades domésticas de crianza, selección y elaboración de comidas, entre ellos el consumo de harinas y azúcares para el consentimiento del gusto familiar como parte del cuidado amoroso, pero involucrando el descuido en la salud de las mujeres (De Moraes et al., 2020). Aspecto que agudizó la problemática de salud de las mujeres, en especial el sobrepeso y obesidad.

En el caso de México, se ha documentado que en las últimas dos décadas algunas de las comorbilidades asociadas a la alimentación como obesidad, diabetes e hipertensión va en aumento, específicamente en mujeres de espacios urbanos de la región pacífico-norte (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] 2020). Los resultados nacionales de mortalidad, discapacidad y muerte prematura en la población han sido enmarcados en las enfermedades coronarias, cáncer, diabetes y enfermedades renales, debido a esto, actualmente las enfermedades no transmisibles y que implican una alimentación saludable es considerada unos de los principales problemas de salud pública en el país.

Así mismo, se menciona que en México el aumento de sobrepeso y obesidad en mujeres cobró relevancia desde el 2020 al 2022, según datos de la Federación Internacional de Obesidad (en inglés World Obesity Federation [WOF], 2022) el país ocupa el 5to. lugar de obesidad en el mundo, con 21 millones de mujeres que padecen obesidad, con 41% de prevalencia y 15% millones de hombres con prevalencia del 31%, el cual es asociada al sedentarismo que se vivió debido al confinamiento en la Pandemia de Covid-19, con mayor afectación en muertes a mujeres y hombres con sobrepeso, obesidad y padecimientos crónicos.

Con respecto a los problemas de salud asociados al sobrepeso y obesidad, se encuentra la diabetes, que de acuerdo con la OMS y OPS (2023) la prevalencia de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) a nivel mundial fue de 420 millones. En América 284 049 personas murieron por DMT2 en el 2019, con una tasa por edad de 20.9 por 100.000 habitantes (OMS y OPS, 2023). En México, para el 2020, 151 019 personas fallecieron por DT2, un equivalente de 14% del total de defunciones (1 086 743) ocurridas; 78 922 en hombres (52%) y 72 094 en mujeres (48%) (Instituto Nacional de Estadística y Geográfica [INEGI], 2021). La población que tiene mayor carga de enfermedad son las mujeres en comparación con los hombres (INEGI, 2021).

Para el caso de Sinaloa se muestran estadísticas de mortandad por las enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes, una consecuencia asociada a los problemas de sobrepeso y obesidad, con tasas de mortalidad de 59.5 y 79.4 por cada 100,000 habitantes en los años 2018 y 2019, respectivamente. En 2018, la diabetes fue la tercera causa de muerte en la entidad, mientras que en el nivel nacional se ubicó en segundo lugar. Al mes de agosto de 2019 se presentaron en control 51.5% de enfermos de diabetes, 65.5% de pacientes con hipertensión arterial, 15.8% de pacientes con obesidad y 47.5% de pacientes con dislipidemias (Informe de Gobierno de Sinaloa, 2019). Sin embargo, las estadísticas de INEGI (2022) mencionan que Sinaloa es el penúltimo de las entidades federativas con menor porcentaje de muertes por diabetes, con 5.8% de población.

Con respecto a la obesidad, la ENSANUT (2021), la prevalencia del sobrepeso y obesidad en población adulta de 20 años y más, es de 72.4%, donde el 75% en mujeres y 69.6% en hombres, muestra además que la prevalencia de obesidad se da por regiones, y donde se observó mayor prevalencia de sobrepeso en la Ciudad de México (42.1%) y en Estado de México (40.9%); mientras que la mayor prevalencia de obesidad se observó en las regiones del pacífico-norte (43.9%) y la comparación se dio con mayor prevalencia de obesidad en las localidades urbanas con (36.5 %) que en las localidades rurales con (33.9%).

En las estadísticas anteriores se muestra la prevalencia de la obesidad en mujeres específicamente en las regiones del pacífico-norte, donde también se ubica el estado de Sinaloa, presenta una prevalencia de obesidad mayor en las ciudades con mayor población, como lo son los municipios de Culiacán, Los Mochis y Guasave. El municipio de Culiacán presenta 4 mil 493 casos que representa el 31% de la población, siguiendo con Guasave con 2 mil 609 casos, cifra que representa el 18% y Ahome con 2mil 312 casos de obesidad, que representa el 16% de la población (Secretaría de Salud [SSA], 2018).

De acuerdo a las estadísticas de enfermedades que afectan a las mujeres a nivel internacional, la OMS (2018), presenta una argumentación que justifica sus actuales intervenciones, mencionando que la salud de las mujeres no solamente está influenciada por la biología relacionadas con el sexo, sino por las desigualdades en las relaciones de poder entre hombres y mujeres; las normas sociales que reducen las posibilidades de obtener educación y encontrar las posibilidades de empleo; la atención exclusiva a las funciones reproductoras de la mujer y el padecimiento potencial de violencia física, sexual y emocional; así como otros determinantes sociales, tales como la pobreza, las prácticas alimentarias y la malnutrición. Siendo estos algunos determinantes socioculturales que impiden que las mujeres y las niñas se beneficien de servicios de salud de calidad y alcancen el nivel posible de salud.

Lo anterior obligó a las agencias internacionales establecer ejes prioritarios de salud, en donde aparece la salud de las mujeres, como un eje prioritario para el Estado, el cual ha creado políticas de asistencia y promoción de la salud basadas en la *Estrategia Mundial de la Salud, 2015* y actualizada en concordancia con los *Objetivos del Milenio Sostenibles*. Su principal visión va encaminada a forjar para el 2030 un mundo donde las mujeres, los niños y los adolescentes cuenten con derecho a la salud y al bienestar físico y mental (OMS, 2015). Dentro de las estrategias se encuentra incrementar el potencial de las mujeres, niños y adolescentes en la búsqueda de equilibrar los accesos a la información, servicios de salud y específicamente en la participación para el cuidado de la salud individual y colectiva de manera sostenible.

Para el caso de México, se establecieron dichas estrategias en el Plan Sectorial de Salud 2019-2024, en el Objetivo Prioritario 4 “*Vigilancia Epidemiológica*”, donde se establece:

orientar las estrategias, programas y acciones de salud pública, a partir de información oportuna y confiable, que facilite la promoción y prevención en salud, así como el control

epidemiológico tomando en cuenta la diversidad de la población, el ciclo de vida y la pertinencia cultural. (Plan Sectorial de Salud 2019-2024, p. 50)

Para el cumplimiento de este objetivo, se establecieron acciones puntuales enmarcadas en objetivos específicos, destacando el 4.4 “*Promoción de una vida saludable*” con las siguientes estrategias: 4.4.1. que plantea promover las políticas bajo enfoque multidimensional e interinstitucional, para impulsar conductas saludables y la prevenir enfermedades; 4.4.2. Implementar estrategias de promoción a la salud y cambios en los estilos de vida, tomando en cuenta la diversidad cultural, dando mayor énfasis a los espacios rurales, marginadas e indígenas, bajo el enfoque de derechos y perspectiva de género y 4.4.3. Robustecer la investigación y la promoción de estilos de vida saludable con el objetivo de concientizar y prevenir a la población sobre las consecuencias y riesgos sobre los riesgos hacia la salud, considerando la cultura, el ciclo vital y la perspectiva de género (Plan Sectorial de Salud 2019-2024).

La anterior estrategia se implementa por medio de los distintos programas de Promoción a la Salud, que ejecutan las Instituciones de Salud del país, como el Programa de Acción: Componentes de determinantes Personales de Salud 2020. Así como el programa de Alimentación y Salud Fisca y los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) en los Centros de Salud Urbanos, Unidades de Especialización Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME EC), pertenecientes a la Secretaría de Salud y el programa de PREVENIMSS, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En ese sentido, las Unidades de Especialización Médicas de Enfermedades Crónicas (UNEME EC), pertenecientes a la Secretaria de Salud, que atienden problemas de sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes. Las actividades que realiza la institución de salud, entre otras, está la evaluación integral de carácter multidisciplinario del paciente y educación del paciente sobre su salud, identificación de metas, diseño de tratamientos y seguimiento a largo

plazo, destacando una atención personificada del programa de alimentación, actividad física y la identificación de barreras para alcanzar el apego al tratamiento de manera individual y social (Secretaría de Salud, [SSA], 2011).

A pesar de la implementación continua por parte de las UNEME EC, con el programa de atención y prevención de los problemas de sobrepeso, obesidad y riesgo cardiovascular y diabetes, existen algunas dificultades en la aceptación y realización de dietas y rutinas de ejercicios implementadas por los profesionales de las áreas de atención y promoción a la salud, por lo que se identifican aspectos sociales, como los significados, creencias, conocimientos, así como aspectos económicos, roles establecidos en la familia, mensajes de los medios de comunicación, redes sociales que contribuyen a las significaciones del cuidado de sí mismas, que implica el cuerpo de las mujeres.

La UNEME EC, es una institución que atiende tanto a hombres como mujeres, siendo el género femenino el principal usuario. Estas se caracterizan además de tener el problema de sobrepeso y obesidad, padecen diabetes e hipertensión, así como dificultades en el apego al tratamiento, ser amas de casa, auto empleadas, casadas y en unión libre, de nivel económico bajo, con nivel primaria o secundaria terminada, provenientes de las colonias aledañas donde está ubicada la institución y que fueron referidas por los Centros de Salud.

El problema de la prevalencia de la obesidad y enfermedades asociadas como la diabetes en mujeres, fue indagado desde las significaciones sociales y al cuidado de sí en salud, que implica percepciones e ideas de sentido común sobre la salud de su cuerpo, su imagen corporal, mediante las asignaciones sociales de género; significaciones con respecto a las acciones de autocuidado, como los son la alimentación, la actividad física y la asistencia a las instituciones de salud para su

vigilancia. Así también los roles de género constituidos en las mujeres como cuidadoras de otros, que llevan asumir actitudes con respecto al autocuidado.

Se considera entonces, que es pertinente realizar investigaciones desde la disciplina de Trabajo Social, con una mirada constructivista que permitan en análisis de las significaciones sociales del cuidado de sí en salud en los grupos de mujeres con sobrepeso, obesidad y diabetes, con el propósito de identificar dificultades que se presentan en el proceso de institucionalización de las acciones de autocuidado por las mujeres, ya que son problemáticas de salud que han logrado permanecer y recrudecerse a pesar de su intervención.

Asimismo, se considera relevante buscar otras explicaciones a los determinantes sociales, ya que, desde décadas pasadas hasta la actualidad, son muchos los discursos académicos abordados desde varias disciplinas con respecto a los determinantes de la prevalencia, aumento de la obesidad y diabetes, tal pareciera que es un eterno discurso, ya que no se reflejan mejoras en la problemática dada en localidades como las del noroeste de México.

Es por ello que, se considera importante estudiar los significados de los grupos de mujeres adultas que asisten a la institución de salud, referente al cuidado de sí para identificar y comprender otros aspectos subjetivos que resulten relevantes, para establecer modelos de intervención profesional enfocados a la prevención y promoción a la salud de las mujeres con un enfoque de género, específicamente tomando en cuenta sus desigualdades, necesidades y subjetividades que se convierten en barreras para que desarrollen de manera permanente rutinas de autocuidado. Es de suma importancia, explicar desde una postura epistemológica aquellos determinantes intermedios microsociales, que inciden en el aumento de estadísticas del sobrepeso u obesidad, siendo esta una aportación teórica desde la disciplina de Trabajo Social.

Una de las razones de la pertinencia de este estudio, son las escasas producciones científicas o investigaciones a nivel nacional y local sobre las significaciones de grupos de mujeres sobre el cuidado de sí en salud desde las ciencias sociales y específicamente de Trabajo Social, haciendo un aporte teórico a la disciplina desde la construcción social de significaciones del cuidado de sí en salud, mismas que pudiesen ser incorporados en explicar los problemas de salud, y mejorar las intervenciones sociales para disminuir la prevención del sobrepeso u obesidad y las enfermedades crónicas-degenerativas. De lo anterior, se plantean los siguientes supuestos teóricos.

1.5 Supuestos de Investigación

La construcción social del cuidado de sí en salud de las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad, se constituyeron a partir de sus experiencias de vida con respecto a la salud del cuerpo, mediante la socialización con la familia, los contextos de violencia género, inseguridad alimentaria, modelización de un cuerpo delgado, dobles jornadas laborales y de inseguridad pública.

Premisas Teóricas

El significado de la imagen corporal de las mujeres es construido mediante el proceso de socialización con los otros, bajo las normas estéticas de la belleza occidental, permeados por las asignaciones de género, y que además representa obstáculos en la aceptación de su cuerpo.

Las mujeres con problemas de sobrepeso y obesidad construyen significaciones sociales de los alimentos, la actividad física y la asistencia a las instituciones de salud, asociados a sus vínculos familiares durante su niñez, adolescencia y juventud, construyendo algunas matrices de aprendizaje para cuidar su salud, resignificándolos en la vida adulta.

Las significaciones sociales que han construido las mujeres sobre el cuidado de los otros son consideradas un rol normalizado, pero que limita la construcción de aprendizajes significativos para cuidarse a sí mismas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Estado del Arte

2.1.1 Descripción de los Principales Estudios que Aportaron Reflexión a la Categoría del Cuidado de Sí en Mujeres

Unas de las primeras investigaciones “Madre-cuidadora de niño/adolescente con parálisis cerebral: El cuidado de sí misma”, realizado por Freitag, et al. (2018), tuvo como objetivo: comprender cómo las madres-cuidadoras de niños con parálisis cerebral, se cuidan a sí mismas, buscando una aproximación con su mundo vivido. El estudio fue dirigido a mujeres madres cuidadoras de adolescentes con parálisis cerebral que son atendidas en la Asociación de Padres y Amigos de Niños Excepcionales en un municipio del sur del estado de Rio Grande do Sul/Brasil.

La metodología utilizada fue cualitativa con un enfoque fenomenológico/hermenéutico. La muestra del estudio fueron diez madres/cuidadoras de niños y adolescentes con parálisis cerebral. Las técnicas utilizadas fueron: la observación participante, la entrevista fenomenológica y la interpretación por medio del enfoque de la hermenéutica. Los principales hallazgos refieren a que la madre cuidadora tiene una vinculación directa con el adolescente y el cuidar de sí está relacionado con los tratamientos de belleza.

Se destaca que cuidar de otro, es una prioridad para las mujeres madres de familia, pero buscan algunas estrategias para desarrollar acciones de autocuidado personal en compañía de sus hijos, por otra parte, las mujeres dedicadas al trabajo doméstico, y cuidado de otros enfermos, descuidan el cuidado de sí mismas, dejándolos en segundo término, conociendo aun así lo que se debe hacer.

En estudio denominado “Dificultades de agentes educativas para el cuidado de sí, dentro de un Programa de Modalidad Familiar en Colombia” realizado por Charry, et al. (2021), desde la

disciplina de Trabajo Social, plantearon como objetivo, identificar a los actores sociales que a su vez se consideraban a sí mismos como cuidadores, con el fin de provocar en ellos la comprensión de sus características biográficas y el lugar que ocupaban en el trabajo de cuidar que realizaban con niños y niñas.

La población de estudio, fueron mujeres madres de familia cuidadoras agentes educativas del Programa de Modalidad Familiar, con edades de 23 y 45 años, solteras y con relaciones de pareja en convivencia con hijos, profesionales de Trabajo Social y Psicología a quienes se les presentaron obstáculos para cuidarse, reconociéndose como cuidadoras de sus hijos y de los niños, niñas y adolescentes de la estancia.

El enfoque fue cualitativo, con una perspectiva constructivista y metodología dialéctica, se trabajó con un taller constructivo, donde se realizaron dos equipos de trabajo, se realizaron ocho talleres y entrevistas. En los resultados, se enfatiza que las mujeres tienen dificultades al cuidarse, a causa de las dobles jornadas de trabajo, tanto doméstico y salarial, lo que les dificultó sostener acciones de cuidados de manera permanente.

Así mismo, las mujeres en sus discursos de culpabilización asociado a la maternidad, en el que se enaltece la maternidad, la feminización del cuidado, reprimiendo sentimientos de insatisfacción. El estudio concluyó con la existencia de un déficit de cuidado de sí mismo, evidenciando la necesidad de que, en la primera infancia se generen estrategias de autocuidado en profesionales que se dedican al cuidado.

En Argentina, la investigación “Cuidado de sí y experiencia de enfermedad. Aportes desde una perspectiva de género al tránsito de mujeres con cáncer de mama en el área metropolitana de Buenos Aires”, Passerino (2019), realizado la enfermería, como objetivo se planteó comprender el problema de la alteridad y cómo participa en la dinámica de cuidados de las sujetas de estudio.

El estudio hace referencia al cuidado de sí y la relación con el otro, resaltando el carácter subjetivo de los vínculos establecidos con los otros, como parte de la ética del cuidado, recalcando la perspectiva de género en el análisis, en la idea de comprender los roles del cuidado atribuido a las mujeres principalmente.

El estudio, se realizó desde el enfoque cualitativo, la metodología utilizada fue, la narrativa desde los espacios biográficos, con mujeres de 25 y 75 años que hayan tenido cáncer de mama, en el periodo de 2012-2015, se les aplicó la entrevista para recolección de datos. Los resultados revelan que el cuidado no debe ser atribuido a las mujeres enfermas. Desde los relatos se identificaron significados del cuidado de sí mismas, sinónimo de cuidar a los otros, como un vínculo afectivo de apoyo y preocupación hacia ese entorno donde vivencian las mujeres, con dificultades y que enuncia esta noción de cuidado de sí relacionada al cuidado del otro/a. Se admite desde un punto de vista feminista, una organización social del cuidado, como mecanismos opresivos (Passerino, 2019).

Con respecto al cuidado de sí, en sujetos con sobrepeso y obesidad, una investigación denominada “Percepciones sobre el cuidado de sí mismo, promoción de la salud y sobrepeso en estudiantes de enfermería” realizada en año 2011, por Fabiane, et al. (2011) en Brasil, fue de tipo cualitativa, en el cual se abordó a 42 estudiantes de enfermería en una universidad pública ubicada al sur de este país. El objetivo fue identificar las percepciones de los estudiantes de enfermería sobre el cuidado consigo mismo, para promover la salud y prevenir el sobrepeso, donde se implementaron talleres y grupos focales para el levantamiento de la información.

La recopilación de datos se realizó durante cuatro sesiones: a través de dinámicas de grupo, de la producción de carteles, de actividades lúdicas, del uso de instrumentos como la guía de entrevista con preguntas abiertas y estructuradas que contenían datos de identificación personal,

académica, peso, altura y hábitos cotidianos. En el análisis de datos se organizaron las siguientes categorías: actividades físicas, alimentación saludable, ambiente familiar, autoestima y autoimagen. Los resultados más relevantes, fueron principalmente que los estudiantes reconocen la importancia de cuidar de sí mismos; presentan conocimientos y los relacionan con el tema; perciben el cuidar de sí mismo como una manera de mantener el peso y / o buscar un peso adecuado; sin embargo, muestran dificultades para desarrollar acciones de autocuidado, como la actividad física, así también en el hábito del consumo de alimentos saludables.

Se identificó que la autoimagen está relacionada con el sobrepeso, las declaraciones de los estudiantes mencionan que no están conformes con su propio peso, su imagen corporal es no deseada. Por lo que se destaca que la apariencia personal importante en la vida del estudiantado, ya que la apariencia corporal determina a una gran parte de las relaciones y de las oportunidades sociales. Esta investigación aportó elementos importantes para la construcción de la investigación actual, puesto que, de ella, se rescatan las categorías de análisis que tienen que ver con las acciones de autocuidado que desarrollan los individuos o grupos para cuidar la salud corporal, así también se identificó la imagen corporal, como una categoría intrínseca en el cuidado de sí.

2.1.2 Principales Investigaciones Sobre los Significados del Cuerpo y Alimentación en Mujeres

Desde el enfoque cualitativo se encontraron estudios referentes a las significaciones alimentarias y su relación con el cuerpo, los cuales han recobrado tendencia desde las disciplinas de la sociología, antropología y la nutrición, de los cuales se presentan aquellos que cobraron relevancia e importancia para este estudio. Primeramente, se menciona que en la revisión de la literatura se encontraron diversas tesis doctorales, artículos de libros y revistas donde sus principales resultados resaltan la importancia de los significados de la alimentación y el cuerpo en la cuestión de salud de las mujeres, analizada desde un enfoque de género.

Se encontraron diversas investigaciones desde el paradigma comprensivo, enfocados mayormente a los significados del cuerpo haciendo siempre la relación con la alimentación, dejando de lado el aspecto del cuidado de sí, donde se presenta la cuestión del cuerpo. Sin embargo, se presentan los más significativos, donde se pretende trabajar algunas categorías poco exploradas desde la disciplina de Trabajo Social y que sin duda se considera que aportan a la cuestión aspectos de conocimientos de las prácticas humanas del cuidado de la salud.

Una de las investigaciones encontradas que aportaron al proyecto a nivel internacional, es un estudio denominado “Significados asociados a la noción de cuerpo y las prácticas alimentarias: un estudio cualitativo con madres chilenas, realizada por Godoy et al. (2018) donde se planteó como principal objetivo, el de describir los significados en torno a la relación que se establece entre la noción del cuerpo y las prácticas alimentarias, a partir del relato de madres pertenecientes a diferentes escenarios de la ciudad de Temuco, región Araucanía Chile.

La metodología utilizada fue de carácter cualitativa, con un diseño descriptivo y un enfoque de análisis en la teoría fundamentada, siendo la selección de la muestra por conveniencia, conformada por 18 madres mayores de 18 años, con hogares mono y biparentales y pertenecientes a los escenarios alto, medio y bajo (seis participantes de cada estrato). La edad de las participantes fue de entre 31 y 53 años, con hijos de edades de 6 a 17 años, a quienes se les aplicó una entrevista semiestructurada.

Se rescataron hallazgos interesantes para el análisis de la noción del cuerpo y su relación con las prácticas alimentarias como hecho social, donde aparece la salud como parte fundamental, los principales resultados de la noción del cuerpo y las prácticas alimentarias de mujeres se presentaron en escenarios socioeconómicos presentes bajo, medio y alto. En el escenario económico bajo, las prácticas alimentarias cotidianas se articularon en torno a tres subcategorías:

consumo de alimentos saludables, consumo de comida alta en grasas (“chatarra”). Referente a la noción del cuerpo las participantes hicieron explícita su preocupación por el sobrepeso de sus hijos.

En el estrato económico medio, aparecieron subcategorías ambivalentes: por un lado, se expresa preocupación por el tipo de alimento consumido, mediante la preferencia de alimentos *light*; pero también reconocieron consumir alimentos poco saludables o comida alta en grasa, en azúcares y sodio, reconocida como comida (“chatarra”). En lo que refiere a la noción del cuerpo, las mujeres hacen referencia que es un tema que se conversa al interior de la familia, con pareja hijos u otros familiares, pero que en su discurso se identificó la ausencia de expresiones con respecto a ejercer medidas concretas de control y/o supervisión profesional (médica o nutricional) con respecto al peso o mantener la salud del cuerpo.

En el escenario económico alto se presentó una mayor presencia de subcategorías, donde se le dio mayor significado a la noción del cuerpo, implementan medidas de autovigilancia nutricional, donde aparecen las prácticas alimentarias cotidianas como estrategia familiar apareciendo aparece la subcategoría de “dietas” realizadas bajo supervisión médica y dirigida a controlar el aumento de peso, más allá de un “cuerpo sano” es un “cuerpo autocontrolado” esto es con la posibilidad de disfrutar de la comida sin culpa, pero con límites alimentarios claros. Esta investigación aportó a la construcción del objeto de estudio, elementos que componen la alimentación en general, lo cual permitió identificar la cuestión de la relación de la alimentación como parte del cuidado del cuerpo, y que es diferente en grupos de mujeres de estratos socioeconómicos diferentes.

La tesis doctoral realizada en España “La construcción social como base para el análisis de las carreras corporales tensas” realizada por Valverde (2016) de la Universidad de Salamanca en el Departamento de Sociología y Comunicación, plantea como objetivo general estudiar las

construcciones tensas del cuerpo y para cumplirlo; como objetivos específicos: determinar la relación existente entre los modelos corporales y los procesos de aprendizaje social, analizar el significado atribuido al cuerpo bello y saludable, examinar la influencia de la percepción corporal en las conductas de autocontrol y estudiar la construcción diferencial de las trayectorias corporales con base al género.

Para alcanzar los objetivos se planteó una metodología desde el paradigma cualitativo, se trabajó el método hermenéutico-interpretativo, con un diseño narrativo a través de los relatos de vida, donde se aplicó la entrevista semiestructurada para conocer las creencias, percepciones, opiniones, los significados y las actitudes de las personas entrevistadas con la idea de construir significados fidedignos, lo cuales se aplicaron a 16 entrevistas, 3 hombres y 13 mujeres.

Los resultados más significativos se rescataron de los discursos biográficos, organizándolo en tres etapas de la vida, donde se le da mayor relevancia a la línea discursiva de la identidad del género, ya que el autoconcepto del cuerpo que cada persona tiene se constituye desde de una perspectiva de género. Los resultados se presentan de las siguientes categorías y subcategorías: el cuerpo en el recorrido biográfico: la infancia, la adolescencia y el periodo adulto. Cuerpo y Género: la identidad de género y el cuerpo, la idea de belleza y la idea de salud y el cuerpo y su construcción.

Las conclusiones de este estudio hacen alusión que las construcciones tensas del cuerpo expresan la ansiedad, por los problemas que causa el intento de adecuación a los modelos corporales y las conductas dirigidas a la consecución del canon de belleza corporal socialmente aceptados, considerando que los patrones estéticos corporales son reflejo de los valores culturales de cada momento histórico. La identidad de género toma gran relevancia en las construcciones corporales, porque el auto concepto de cuerpo que cada persona tiene se construye desde la

perspectiva de género. La idea de belleza no es ajena a los estereotipos de género y el canon de belleza está en la base de las construcciones del cuerpo, ya que, en estas construcciones se siguen las normas estéticas que han sido interiorizadas en el proceso de socialización.

Se presenta una tesis realizada por Moretti (2019) de la Universidad de Lujan, denominado “Trayectoria vitales alimentarias de mujeres adultas: buscando significados desde el enfoque de género” se planteó como objetivos: conocer y determinar los mandatos sociales relacionados con la alimentación y sus significados en el curso de vida de mujeres adultas de distintas situaciones sociales a fin de analizar la relación entre salud, cuerpo y alimentación, desde sus trayectorias vitales.

Además de caracterizar los mandatos sociales que las mujeres reconocen como vinculados con el desempeño de género y relacionados con el cuerpo y la alimentación: analizar estos mandatos considerando la trayectoria vital alimentaria y la situación social de cada mujer; develar los significados en las decisiones y conductas optadas para el cuidado del cuerpo en relación con la alimentación en las distintas transiciones en el curso de sus vidas; indagar e interpretar los mandatos y significados que se articulan con las categorías de cuerpo, salud y alimentación y reconocer los recursos institucionales utilizados en la trayectoria vital alimentaria para la construcción de la noción de alimentación saludable.

La metodología utilizada fue un diseño de investigación de carácter descriptivo-exploratorio construido desde el enfoque cualitativo, la muestra utilizada fue de 30 mujeres, con edades de 21 a 66 años en distintas situaciones durante el curso de su vida. Las técnicas utilizadas fueron la observación y la entrevista a profundidad con la estrategia del grupo focal, el cual, fue dirigido a los profesionales de la salud para caracterizar la situación de salud de las mujeres.

Los principales resultados se presentaron en distintas categorías de análisis, de los cuales se presentaron en tres momentos del curso de vida; niñez, adolescencia y adultez. Las categorías que se rescataron del estudio son las siguientes: los primeros alimentos en la familia de origen, alimentación y los desempeños de género en la comensalidad, y es el significado del consumo de alimentos, el cuidado del cuerpo desde la familia y alimentación saludable.

Las conclusiones de la investigación destacan que la cocina en el grupo de origen es un conjunto de prácticas asignada al rol de las mujeres, que están situadas en la reproducción de la vida cotidiana, en el ámbito doméstico, específicamente en la división sexual del trabajo. Se resalta el ámbito familiar donde se desnaturaliza un rol de carácter nutricional con el desempeño de género, el cual es otro mandato tanto de las progenitoras (abuelas) y madres entrevistadas. Los significados se ubican como parte del rol femenino en las prácticas de cuidado; con respecto a la socialización de las formas de alimentación en la niñez está asociado a la afectividad, a los vínculos y constituyen las matrices de aprendizajes relacionadas con las trayectorias vitales. Estos aprendizajes en la vida adulta han podido ser cuestionados por algunas, generando cambios en las conductas alimentarias y, por consiguiente, en las mismas trayectorias.

Los estudios a nivel internacional aportan elementos epistemológicos, teóricos y metodológicos para la construcción del objeto de estudio, destacando que la principal categoría de análisis retomada son las significaciones alimentarias y el cuidado del cuerpo desde la categoría de salud/enfermedad el ciclo vital de vida, la categoría de género y su relación con las cuestiones de alimentación, y las percepciones de salud de las mujeres. Así también las investigaciones aportan al diseño metodológico, puesto que se identificaron tanto la forma de selección de la muestra, el tipo de métodos utilizados para la selección y análisis de los resultados.

A nivel nacional, se identificó el estudio denominado “Significados del cuerpo y la salud en el contexto de los estilos de vida modernos” realizado por Aguilar (2020) de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Se trabajó con la categoría de género para conocer las diferencias en la significación de hombres y mujeres en cuanto a la alimentación, el cuerpo y la salud. Se plantearon los siguientes objetivos: conocer las representaciones sociales de jóvenes universitarios de ambos sexos y escasos recursos acerca del cuerpo y la salud, así como identificar las características e implicaciones de dichas representaciones desde una perspectiva de género.

Se utilizó el método cualitativo con técnicas de entrevistas semiestructuradas, y se aplicaron dos instrumentos; el primero fue de redes semánticas, con una lista que exploró cinco conceptos: mi cuerpo, salud, cuerpo sano, cuerpo enfermo y autocuidado. El segundo instrumento fue un cuestionario semiestructurado que abordó aspectos relativos a las prácticas de autocuidado que realizan los jóvenes en su vida cotidiana; la percepción del propio cuerpo, así como las frases incompletas referidas a los gustos, sentimientos y valoraciones y los aspectos que consideran más importantes respecto al cuerpo y la salud. El estudio fue dirigido a jóvenes universitarios, donde se seleccionaron una muestra total de 102 jóvenes (55 mujeres y 47 hombres).

Los principales resultados mencionan que se encontró una gran riqueza semántica a los cinco conceptos revisados, la cual resultó mayor en las mujeres, donde se rescataron algunos significados atribuidos al cuerpo valorado de forma positiva. Aparecen las partes del cuerpo como cabeza, corazón, ojos, manos y salud, así como atributos físicos relacionados con las representaciones sociales del cuerpo y la salud, con relación a los estereotipos de género relacionados a la apariencia física, características estéticas, sobre todo en las mujeres y el desempeño en los hombres.

En las conclusiones de este estudio se determinó que la cuestión del cuidado de la salud en tiempos modernos se presenta como un hecho individual, donde es el actor principal y el responsable de su propia salud, lo cual implica impulsar prácticas más significativas al cuidado de la salud y del cuerpo no de forma individual, si no colectiva, donde involucre a la familia, ambientes escolares e instancias vinculadas a la salud. Este estudio aporta elementos que servirán para platear los instrumentos cualitativos referentes a los significados que se tienen de ciertos alimentos.

Otra investigación importante, es un estudio denominado “Normalización del cuerpo femenino. Modelos y prácticas corporales de mujeres jóvenes del noroeste de México” realizado por Valenzuela y Meléndez (2019). El objetivo es analizar los discursos normalizadores en torno al control del cuerpo femenino y su apropiación en prácticas y modelos corporales, de las jóvenes, de clases sociales distintas, en un contexto urbano del noroeste de México. La metodología utilizada fue desde la perspectiva socioantropológica, con un enfoque cualitativo, en la ciudad de Hermosillo con mujeres de diferentes clases sociales. La técnica utilizada fue la entrevista a través de grupo focal, la selección de la muestra fue mediante el muestreo bola de nieve. Se seleccionaron mujeres de entre 20 y 29 años, solteras y sin hijos, de clase baja, media y alta, de grupos diversos (estudiantes, empleadas, sin ocupación) y de estilos o formas corporales diferentes.

Los principales resultados se categorizaron en una matriz de análisis de acuerdo con cuatro dimensiones centrales: a) la influencia del contexto y el estilo de vida actual en el cuerpo; b) los modelos corporales hegemónicos y regionales; c) los discursos normalizadores del cuerpo y d) las prácticas corporales regulatorias. Las conclusiones de este estudio indican que, de manera homogénea, las mujeres declararon que el discurso normalizador del cuerpo femenino parte tanto del que alude al cuidado de la salud y/o en contra de la obesidad, como al estético, que establecen

tendencias y difunden prácticas. Ambos privilegian la valoración del cuerpo delgado, sano, en forma y estético. Se encontró un reconocimiento generalizado por la alimentación y la actividad física, como las prácticas corporales primordiales para cuidar el cuerpo, siempre bajo el discurso de la salud, sin embargo, en la práctica, la estética fue la principal razón para hacerlo.

Los resultados de este estudio aportaron a la construcción del presente proyecto de investigación, principalmente elementos teóricos con respecto al cuerpo e imagen corporal, la alimentación y algunas significaciones referentes a ello. Así como algunos elementos que servirán para el diseño metodológico. Con respecto a la discusión teórica, la mayoría de los estudios se enfocaron a la categoría de significados de la alimentación y del cuerpo, realizado desde las disciplinas de sociología y antropología, destacando solamente los significados de la alimentación saludable, vinculándolo al cuidado del cuerpo. Con respecto a la categoría de género la mayoría de las investigaciones se planteó como una discusión de manera transversal en cada una de las categorías y subcategorías planteadas en los resultados.

En la revisión de la literatura sobre el cuidado de sí, significados del cuerpo y de la alimentación se encontraron estudios desde un enfoque cualitativo, con el uso de la fenomenología- hermenéutica como método para el análisis de resultados; el uso del método biográfico y la historia de vida para la recolección de la información. Así también el uso de la técnica de la entrevista semiestructurada, a profundidad, y los grupos de discusión. Referente a la muestra y la forma de selección, se retomaron desde el muestreo de saturación, vinculándose a las instituciones de salud, como una forma de captación de los sujetos de estudio.

Así también se señala, que no se encontraron estudios relacionados con la construcción de los significados del cuidado de sí en salud en mujeres adultas con sobrepeso y obesidad, por lo que se pretende explorar esta categoría vinculando las categorías de imagen corporal y los roles de

género. El cuidado de sí en salud se pudo identificar que ha sido poco explorada desde las ciencias sociales y las disciplinas enfocadas a la salud social, en un contexto nacional y local, por lo que se considera un área de oportunidad para el Trabajo Social, la cual se puede trabajar en líneas de investigaciones futuras. Se pretende además abrir nuevas líneas teóricas y elementos de discusión que le aporten a las disciplinas que están involucradas en la cuestión del cuidado de la salud.

2.2 Perspectiva Constructivista como Fundamento Teórico para el Análisis de los Significados del Cuidado de Sí en Salud de las Mujeres

La falta del cuidado de sí como un problema social en las mujeres con problemas de sobrepeso, obesidad y otras comorbilidades asociadas, se aborda desde las teorías constructivistas de la sociedad, el cual tiene sus antecedentes desde las aportaciones de Weber, Husserl, Schütz y Berger y Luckmann, quienes desde postulados teóricos epistemológicos de las ciencias sociales aportan para la comprensión de las estructuras de la sociedad desde la vida cotidiana, la subjetividad y la acción social, así como la interpretación y la comprensión del sentido común, aportando a la tradición fenomenológica de las ciencias sociales (Retamoza, 2012).

Destaca la obra de Berger y Luckmann (1968) como aporte importante en la corriente constructivista en dos vertientes; la construcción del conocimiento sociológico y la construcción social de la realidad. En lo que respecta al abordaje epistemológico, se argumenta que los significados sociales y los hábitos humanos estabilizados en la sociedad como estructuras sociales, permiten considerar la realidad como una construcción histórica y que puede ser conocida por medio una reconstrucción, siendo esto una forma de conocimiento de las ciencias sociales, por lo que el abordaje del cuidado de sí de las mujeres con sobrepeso, obesidad y otras comorbilidades

asociadas, se realizó mediante las experiencias de vida en la idea de hacer una reconstrucción de significados construidos en sus etapas de vida.

Por otra parte, el abordaje teórico para explicar la construcción social de los significados, Berger y Luckmann (1968) se argumenta con relación a que estos se construyen subjetivamente y se objetivan en la acción de los sujetos sociales en la vida cotidiana, el cual es un medio por donde construyen sus ideas de sentido común socializadas y aprendidas por medio la interacción social con los otros. Por lo que, la base de la construcción social que desarrollan los sujetos está en los símbolos producto de los significados construidos socialmente. En ese sentido plantean que “la matriz de todos los significados objetivados socialmente y subjetivamente reales; toda la sociedad histórica y la biográfica de un individuo se ven como hechos que ocurren dentro de ese universo” (Berger y Luckmann, 1968, p. 123).

En esa idea se explica que las ideas de sentido común que poseen las mujeres para cuidar la salud de cuerpo mental y físicamente fueron construidas en su universo simbólico por medio de las interacciones sociales con los otros mediante el proceso de socialización primaria y secundaria, los cuales son objetivados en sus prácticas de autocuidado como los son la alimentación, el ejercicio físico y la asistencia a las instituciones de salud. Por lo tanto, las ideas de sentido común con respecto a las formas de cuidar el cuerpo de los humanos que se desarrollan en un contexto social son abordadas desde el cuidado de sí, una categoría subjetiva que trata analizar los significados, representaciones u motivaciones que poseen los humanos con respecto a sí mismas y los cuidados personales y para con los otros.

Se cierra esta apartado considerando que el eje central teórico epistemológico es desde la perspectiva constructivista, por lo que el siguiente apartado se presenta con mayor detalle la teoría de la construcción social de la realidad de Berger y Luckmann (1968), así como la categoría de

género como construcción social, el cuidado de sí y el cuidado de sí en salud, la imagen corporal relacionándola con las acciones de autocuidado, alimentación y asistencia a la búsqueda de la atención a la salud, abordadas desde el paradigma constructivista, las cuales permitieron comprender a mayor detalle el cuidado de sí de las mujeres.

2.3 Teorías, categorías y conceptos que explican el fenómeno de estudio

2.3.1 Teoría de la construcción social de la realidad

Desde de la perspectiva constructivista, la esencia de los hechos sociales es el mundo subjetivo producto de una relación dialéctica del humano con la sociedad, se destaca la teoría de la construcción social de la realidad postulada por Berger y Luckmann (1968), quien presenta a la sociedad como una realidad objetivada en simbologías, pero que a la vez esta subjetivada en los significados sociales enmarcados en un proceso histórico. La realidad objetivada y subjetivada se presenta en tres momentos presentes en el mundo de la vida cotidiana a través de las interacciones: la externalización, objetivación e internalización a partir de los procesos de institucionalización, legitimación y socialización.

El momento de la externalización se hace referencia al ser humano en actividad producto de la interacción con los otros en un momento histórico determinado; la objetivación es el momento en que el humano fabrica el mundo en que vive, se convierte en un *hecho social* o *cosa* fuera del actor social. La objetivación se desarrolla a través de dos procesos: la institucionalización y la legitimación; el proceso de institucionalización es generado a partir de las acciones repetitivas de los individuos, los cuales se convierten en típicas, siendo el hábito el elemento básico de la institucionalización y está presente en la vida cotidiana a través de los roles sociales tanto individuales como sociales, los cuales se hacen presentes al momento de internalizarlos, es decir

hacerlos subjetivos. Otro aspecto de la institucionalización es la historicidad, esto es, la transmisión de las conductas sociales se trasmite de generación en generación, puesto que nace en un mundo ya institucionalizado donde las conductas están pautadas por los roles sociales (Berger y Luckmann, 1968).

Otro proceso que se desarrolla en la sociedad para que se dé el momento de la objetivación, es la legitimación, ésta busca justificar y dar sentido a la vida de los individuos a través de las instituciones sociales donde se encuentran integrados el lenguaje, la palabra y el conocimiento (Berger y Luckmann, 1968). Es decir, los conocimientos compartidos y la significación transmitida son reconocidas socialmente de manera permanente mediante un proceso de socialización.

La legitimización social se reconoce a través de los universos simbólicos y para poder entender los significados simbólicos, es necesario recurrir a la génesis histórica, al proceso de objetivación, sedimentación y acumulación del conocimiento. Estas funcionan para legitimar tanto la biografía individual (dimensión ontogenética) como el orden institucional (dimensión filogenética) En este sentido tienen una función nómica, de poner cada cosa en su lugar. (Berger y Luckmann, 1968, p.128)

El tercer momento para que se desarrolle la construcción social de la realidad es la internalización, en este momento el individuo asume un mundo social producido por el propio hombre y lo objetiva en un mundo externo que configura la propia conciencia del individuo. La internalización; es decir la aprehensión del mundo objetivo, se desarrolla a través de la socialización primaria y secundaria la cual cada individuo desarrolla de manera distinta, donde el individuo adquiere significados del mundo de la vida mediante la interacción con los otros a través del lenguaje (Berger y Luckmann, 1968).

2.3.1.1 Los Significados Sociales y el Proceso de Internalización

La construcción social de la realidad se aborda desde los significados construidos en el mundo de la vida cotidiana, la cual “se presenta como una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente que se origina en sus pensamientos y en sus acciones y que está sustentado como real” (Berger y Luckmann, 1968, p. 34). Desde esta postura, la vida cotidiana se presenta como una realidad interpretada y hecha por los hombres, donde las significaciones juegan un papel relevante en la interpretación de la propia realidad del hombre. Es pues un escenario donde el hombre desarrolla sus actividades diarias producto de un conocimiento y un saber común, que el hombre internaliza e institucionaliza no solo en la conciencia colectiva de una sociedad, sino que además se convierte en leyes de orden social por medio de instituciones del poder (Berger y Luckmann, 1968).

Los significados desde la sociología comprensiva son parte de los elementos de la realidad, los cuales son ideas de valor que le confieren significados (Weber, 1904, como se citó en Andrade, 2002). Por su parte Schütz, retoma la premisa weberiana con respecto a la relación de los significados con los fenómenos sociales, que ayudan a comprender un acontecimiento en un futuro. Específicamente en el interés y significación, una idea que puede considerarse básica en los estudios de la sociología comprensiva, mencionándose de la siguiente manera:

El campo de observación del científico social, el mundo social, no es esencialmente inestructurado. Tiene un sentido particular y una estructura de significatividades para los seres humanos que viven, piensan y actúan dentro de él [...] éstos han preseleccionado y preinterpretado este mundo mediante construcciones de sentido común acerca de la realidad cotidiana. Los medios disponibles para alcanzarlos [...] los ayudan a orientarse dentro de su medio natural y sociocultural y a relacionarse con él. (Schütz, 1953, p. 37)

La perspectiva teórica de Berger y Luckmann proviene desde las posturas del mundo de la vida de Alfred Schütz (2003), quien afirma que el mundo de la vida significa el mundo intersubjetivo construido por otros a través de sus experiencias e interpretaciones, los cuales funcionan como esquemas de referencia en las formas de conocimientos dados. En ese sentido la Berger y Luckmann (1968) mencionan que

la realidad de la vida cotidiana es pues aprehendida en un continuum de tipificaciones que se vuelven progresivamente anónimas a medida que se alejan del aquí y del ahora, de la situación cara a cara. En un polo del continuum están esos otros con quienes me trato a menudo e interactué intensamente en situaciones cara a cara ... mi círculo íntimo. En otro polo hay abstracciones sumamente anónimas, que por su misma naturaleza nunca pueden ser accesibles en la interacción cara a cara. (p. 49)

La estructuración del mundo de la vida se desarrolla pues desde la interpretación de las acciones que se realizan por el hombre a través de la socialización cara a cara, en lo íntimo, pero además están esas tipificaciones construidas por el hombre anónimo que no se dan en el tiempo y espacio inmediato, pero que también son aprendidas por el hombre mediante la socialización y el habla. El lenguaje se convierte en un elemento importante para la socialización de estas experiencias alejadas u anónimas, pero que vienen a ser parte del mundo construido por el humano, se comparte con los semejantes y por medio de él, es por donde se transmiten los conocimientos estructurados y no estructurados del mundo de la vida.

Por lo tanto, en el mundo de la vida se pueden identificar aquellas ideas de sentido común de los actores desde dos vertientes, aquellos que son construidas a través de las rutinas diarias como los hábitos y costumbres, pero que no representan un problema para los sujetos; por otra parte, aquellas significaciones construidas a partir de problemas que viven las personas, pero que

a su vez tratan de asimilar e incorporarlos a su rutina. Tal es el caso de aquellos significados que las mujeres con sobrepeso u obesidad objetivados en los hábitos y costumbre, como los son las formas de alimentarse o el sedentarismo, los cuales son parte de las rutinas diarias, pero que no representaron en su vida un problema hasta que aparecen el diagnóstico de la hipertensión o diabetes, lo cual representa un problema que viene a modificar su significado pero que a su vez es reincorporado como parte de su vida diaria, es decir, como parte de la experiencia de los sujetos.

El significado se estructura tanto en el espacio como en el tiempo. La temporalidad es considerada como una propiedad de la conciencia, esto es, la conciencia es ordenada temporalmente, por lo que el aquí y el ahora son parte fundamental de la conformación de significados, tiene un ahora determinada pero que a su vez tiene la capacidad de ser construida a través del tiempo, es decir la historia de vida de la persona determina la situación actual, por lo que la estructura de la vida cotidiana de los sujetos se impone bajo secuencias preestablecidas, siendo las experiencias pasadas parte de la conformación de la conciencia inmediata (Berger y Luckmann, 1968).

Para la aprehensión de los significados sociales se desarrolla el proceso de internalización, el cual Berger y Luckmann (1968), plantean que el proceso dialéctico de la sociedad, el cual se desarrolla cuanto el individuo es introducido a participar en la dialéctica de la sociedad y el punto de partida es el proceso que constituye la internalización, que significa que:

La aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado, o sea, en cuanto es una manifestación de los procesos subjetivos de otro que, en consecuencia, se vuelven subjetivamente significativos para mí. Eso no significa que yo comprenda adecuadamente al otro: hasta puedo comprenderlo erróneamente. Puede estar riéndose en un ataque de histeria, mientras yo creo que esa risa

expresa regocijo. Sin embargo, su subjetividad me resulta objetivamente accesible y ¡llega a serme significativa, haya o no congruencia entre sus procesos subjetivos y los míos. (Berger y Luckmann, 1968, p.165)

Es pues la internalización la primera fase para que se desarrolle la comprensión del otro y como parte del entendimiento del mundo que lo rodea, específicamente en la realidad social significativa para el individuo; es lo que asume a partir de lo asumido por otros, se desarrolla en el proceso de socialización tanto primaria como secundaria. Asumir significados es un proceso que todo humano desarrolla, el cual puede ser modificado o recreado dependiendo la comprensión que el individuo asume volviéndolo suyo, por lo que tanto un individuo como el otro comparten en un mismo espacio y tiempo.

En ese sentido, se puede referir cómo a través de las interacciones sociales las mujeres en el proceso de socialización primaria y secundaria internalizan o comprenden las ideas de sentido común de los otros, hasta llegar a tener características similares. En este caso la comprensión que las mujeres adultas desarrollan sobre el cuidado de sí es en base a las ideas de los otros, ya sea familia, pares, medios de comunicación, mercados del consumo e instituciones de salud. Se resalta que el proceso de internalización del mundo de la vida se desarrolla a través de la socialización primaria y secundaria, donde el humano construye significados institucionalizados legitimados que son producto de la actividad objetiva de uno con el otro y es ejercida mediante un proceso de aprendizaje, en el que se aprende por medio de esquemas de tipificaciones en la situación cara a cara.

Los esquemas de tipificaciones pueden ser esquemas contruidos no en la situación cara a cara, pero además lejanos que se demuestran en el aquí y en el ahora (Berger y Luckmann, 1968). Las tipificaciones es un concepto aportado por Schütz (1953) quien propuso que las tipificaciones

se dan en cualquier situación de la vida cotidiana, siendo la acción determinada por un constructo u significado constituido en las experiencias pasadas. No se avocan a lo particular, sino que son características genéricas y homogéneas. Se puede identificar, por ejemplo, las tipificaciones que el hombre ha construido para darle una descripción o caracterización a la comida con propiedades nutrimentales para llevar una vida sana, por lo que le denomina “comida saludable” es una caracterización que se ha constituido en la conciencia colectiva de los humanos, a lo que no es una característica individual, sino colectiva, el cual es aprehendida en las interacciones sociales.

Las tipificaciones construidas por otros en el pasado, adoptadas y socializadas en el aquí y en el ahora, son pues consideradas como parte de una estructura social, las cuales dan pautas recurrentes de interacción establecidas por intermedios de ellas, por lo que la estructura social es parte de la vida cotidiana (Berger y Luckmann, 1968). Las tipificaciones se aprenden por medio de la socialización, el cual puede definirse como:

El proceso en el cual los individuos incorporan normas, roles, valores, actitudes y creencias, a partir del contexto socio-histórico en el que se encuentran insertos a través de diversos agentes de socialización tales como los medios de comunicación, la familia, los grupos de pares y las instituciones educativas, religiosas y recreacionales, entre otras. (Similkin y Becerra, 2013, p.122)

Las tipificaciones se construyen mediante la socialización primaria y secundaria. La socialización primaria es la primera por la que el ser humano atraviesa en la niñez; siendo ésta la que convierte al humano en un miembro de la sociedad (Berger y Luckmann, 1968). Se habla pues de las primeras interacciones con los otros, que es la familia, es una de las más importantes en el individuo, pues es donde estructura lo básico de la sociedad, tales como formas y contenidos subjetivos del comer, vestir, hablar, caminar, etc. “La socialización primaria crea en la conciencia

del niño una abstracción progresiva que va de los “roles” y actitudes de otros específicos, a los “roles” y actitudes en general” (Berger y Luckmann, 1968, p. 168).

Por otra parte, la socialización secundaria es cualquier proceso posterior que induce al individuo ya socializado a nuevos sectores del mundo objetivo de su sociedad, pero que debe estar acorde con lo objetivado en la socialización primaria “La socialización secundaria es la internalización de “submundos” institucionales o basados sobre instituciones. Su alcance y su carácter se determinan, pues, por la complejidad de la división del trabajo y la distribución social concomitante del conocimiento” (Berger y Luckmann, 1968, p. 174).

Es decir, la socialización secundaria se puede desarrollar en la primera infancia y adolescencia cuando el humano interactúa con otras instancias institucionalizadas, tales como la escuela, los medios de comunicación, la iglesia, u otras instancias que socializan las formas de conducta y conocimiento sobre algún aspecto de la vida en un discurso ya elaborado *ad hoc*, a una forma de conocimiento. En el caso de las mujeres, sus significados los construyen a partir de esa socialización en las escuelas, los mercados alimentarios, del bienestar, medios de comunicación e instituciones de salud, etc.

Sin embargo, algo que es necesario resaltar que en la socialización secundaria la adopción de significados depende del estatus del cuerpo de conocimiento de que se trate dentro del contexto manifestado en un conjunto de símbolos, es decir, cuando se desarrolla una socialización secundaria, es porque ya hay conceptos, ideas u problemas previos ya concebidos por otros, pero además internalizados en la socialización primaria. Es decir:

No puede construir la realidad subjetiva *ex nihilo*. Esto presenta un problema, porque la realidad ya internalizada tiende a persistir. Cualesquiera que sean los nuevos contenidos

que ahora haya que internalizar, deben, en cierta manera, superponerse a esa realidad ya presente (Berger y Luckmann, 1968, p. 177).

Por lo que las ideas de sentido común establecidas en la socialización secundaria son el resultado además de los constructos alcanzados en la socialización primaria, solo que en este escenario secundario se amplían o se modifican de acuerdo con las interacciones que tenga el individuo con los otros entes socializadores. Tal es el caso de los constructos adquiridos del cuidado de sí en las mujeres, los cuales son iniciados en la socialización primaria, pero reforzados, ampliados o modificados en la socialización secundaria.

2.3.2 El Género como Construcción Social

El género es una categoría creada por el feminismo, y tiene sus antecedentes en Simone de Beauvoir, con su libro *El segundo Sexo*, quien planteó que las características femeninas son adquiridas por las mujeres desde lo individual y social (Lamas, 1996). Así también plantea que sus aportaciones abrieron campos significativos para analizar los problemas de la desigualdad entre los sexos, y sentó las bases para estudios posteriores. En esos estudios realizados posteriormente aparecen distintos enfoques para interpretar el género y según Lamas, todos coinciden de que el género es una construcción simbólica.

Se parte de la idea de que la sociedad establece e impone modelos de lo que es propio para las mujeres y los varones por medio de reglas establecidas social y culturalmente (Lagarde, 1997). En el caso de las mujeres con problemas de sobrepeso y obesidad que asisten a las instituciones de salud a recibir atención de su problema, han construido significados sociales sobre el cuidado de sí mismas, en donde se destaca la imagen corporal, las formas de autocuidarse y cuidar a los demás, mediante asignaciones de características y roles de género que deben asumir por ser mujeres.

El género es considerado una categoría de análisis que está presente en la construcción de significados sociales del cuidado de sí, el cual es definido como la “forma de denotar las construcciones culturales, la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres [...] formas de referirse a los orígenes de las identidades subjetivas de hombres y mujeres” (Scott, como se citó en Lamas, 1996, p. 271). La autora plantea que el género es una categoría impuesta al cuerpo y desarrollada en una cultura dada y la define como

el género es una categoría más “neutral” no comporta una declaración necesaria de desigualdad o de poder ni nombra al bando, hasta entonces invisible u oprimido”. “Género”, como sustitución de “mujeres” se emplea también para sugerir que la información sobre las mujeres es necesariamente información sobre los hombres, que un estudio implica al otro (Scott, 2008, p. 52).

Tradicionalmente el género es estudiado desde las ciencias sociales y antropológicas de la cultura, ya que éstas estudian los significados, representaciones, percepciones, prácticas y creencias de cada etnia, pueblo o grupo cultural, las cuales tienen sus propias formas de entender el género. En ese sentido Lagarde (1997) especifica que el análisis de género desde una perspectiva sociocultural es importante porque en cada pueblo, grupo o etnia, tienen su propia cosmovisión del género. Considera que los miembros de un grupo tienen ideas, prejuicios, valores, interpretaciones, normas, deberes y prohibiciones que se tienen sobre la vida de las mujeres y hombres.

Por lo tanto, el género es un constructo social que cada cultura posee y se presenta en la asignación de características y roles a las mujeres y hombres, como lo señaló Beauvoir (1949) no se nace mujeres y hombres, la sociedad marca una identidad que corresponde a lo que cada cultura espera para los hombres y las mujeres. Sin embargo, la construcción social del género inicia en la

construcción de los significados, creencias o ideologías que se convierten estereotipos y roles de lo que es y debe hacer un hombre y una mujer, mismo que son aprendidos en la cultura donde nace y crece un individuo. Esto lo afirma Bruner (2014) en el siguiente párrafo

La creación del significado supone situar los encuentros con el mundo en sus contextos culturales apropiados para saber de qué tratan. Aunque los significados están “en la mente”, tienen sus orígenes y su significado en la cultura en la que se crean. (p.23)

Es decir, las culturas han concebido y formado tipificaciones de género para hombre y mujer, los cuales las han institucionalizado y socializado de generación en generación, lo que ha logrado conformar concepciones de características y roles que deben de poseer hombre y mujeres. En ese aspecto, Delgado (2017), señala que históricamente en la cultura patriarcal, dominada por el sexo masculino, la función biológica de la reproducción humana ha sido retomada para argumentar y asignar roles femeninos relacionado con la maternidad y crianza de hijas e hijos, y por lo tanto responsabilizarlas en estas funciones, lo que ha logrado que las mujeres asuman a lo largo de la historia labores domésticas y de crianza. Con respecto a los hombres se les asignan naturalmente la responsabilidad de proveer económicamente los hogares.

La asignación de género, según Lamas (1996) se realiza al momento de que nace un bebé, pero su asignación es de la experiencia externa de lo biológico, es decir de quienes son sus procreadores o con quien empieza su socialización al momento de nacer. Las asignaciones se dan de acuerdo con los estereotipos y roles construidos socialmente de lo que es y debe ser un hombre y una mujer, por lo que tanto las asignaciones femeninas y masculinas muestran o indican de qué manera se deben de comportar tanto en el nivel individual, familiar y social, según sean las expectativas sociales de cada sexo. Al momento de nacer se les asignan socialmente los comportamientos que deben de tener el sexo masculino y femenino, es decir:

La sociedad y la cultura son las que determinan que así debe ser, ya que no existe una base “natural”, biológica, que impida a las mujeres ser proveedoras económicas y a los hombres hacerse cargo de la crianza de sus hijas e hijos, de lavar los trastes, cocinar o cuidar a las personas enfermas o ancianas, entre otras actividades. (Delgado, 2017, pp.25 y 26)

Con esta explicación se precisa que el género se constituye, en un proceso de construcción social mediante la adjudicación simbólica de formas, valores, expectativas que cada cultura atribuye a hombres y mujeres. Fruto de este aprendizaje cultural de sistema machista, unos y otras exhiben los roles e identidades que le han asignado bajo la etiqueta de género y concuerda con lo que menciona Berger y Luckmann (2006) que, al desempeñar tales roles, los individuos participan en el mundo social y al internalizarlos, cobra sentido para ellos socialmente. Por lo tanto, el género como construcción social, lleva analizar los significados que las mujeres le atribuyen al cuerpo, y las formas de cuidarlo adquiridos bajo los estereotipos y roles asignados y construidos en el mundo de la vida cotidiana.

2.3.2.1 Estereotipos y Roles de género.

Desde que el humano nace, ya sea mujer u hombre presenta una definición biológica; sin embargo, las formas de comportamiento, vestimenta, actitudes, sentimientos, gustos y pensamientos son asignaciones que se desarrollan social y culturalmente, el cual se puede identificar mediante los roles de género que la sociedad ha construido a largo de la historia y lo refleja en sus acciones de la vida cotidiana. De esa manera se estereotiparon las formas de comportamiento de las mujeres y hombres, son “el conjunto de creencias existentes sobre las características que se consideran apropiadas” (Aguilar et al,2013, p.209). En esa asignación de roles, se estereotiparon a las mujeres en distintas tipologías que le dieron un posicionamiento dentro de la sociedad.

Con respecto a la discriminación de género, los estereotipos atribuidos a las mujeres, se les atribuyeron formas de vida, tal como se menciona en Lagarde: “ser madrespasa es un cautiverio construido en torno a definiciones esenciales, positivas, de las mujeres: su sexualidad procreadora, y su relación de dependencia vital de los otros por medio de la maternidad, la finalidad y la conyugalidad” (2005, p. 38).

Por su parte el rol, según Flores (2001) lo define como “la noción sociológica de rol se refiere al conjunto de expectativas sociales construidas en torno a la oposición asignada por la biología” (p. 57). Esta postura parece limitada en cuanto a definir al género como un constructo social, puesto que es posicionada desde la psicología social al hacer diferencias de roles de acuerdo con las diferencias de los sexos desde la biología, por lo que se alejase una visión Lamas (2013) quien menciona que la relación sexo-rol es innato y se establece la diferencia a través de los roles es un proceso vinculado a los roles sexuales.

Así también Lamas (2013) hace referencia a la conformación del rol de género “este se forma con el conjunto de normas y preinscripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino y masculino” (p.114), Así también plantea que los roles de género se modifican de acuerdo con las culturas y al tiempo y las distinciones aceptadas entre hombres y mujeres con la que constituyen la identidad del género como un hecho social (Lamas, 2013). De esta forma, diversas culturas establecen formas de comportamiento, roles y funciones de los miembros de una sociedad dividida por masculino y femenino. Según los estereotipos y roles la diferencia de comportamiento entre géneros se debe de reflejarse en las actividades de la vida cotidiana.

Los roles que aún son asumidos en un sistema patriarcal contemporáneo a la mujer le corresponden toda actividad del espacio doméstico, desde la gestación y la crianza de los hijos,

mientras que a los hombres se dedica a la búsqueda de la adquisición del ingreso económico para subsistir. En ese sentido, se rescata el rol de género como responsables al cuidado de los hijos como una actividad asignada y que es parte importante en el análisis de los significados del cuidado de sí mismo, porque tiene sus vínculos directos a la construcción social que se tiene del cuidado de los otros como un constructo amoroso y no como una asignación.

2.3.3 El Cuidado de Sí de los Sujetos Sociales

El cuidado de sí es una categoría que deviene desde la filosofía, de la frase “*conócete a ti mismo*” propuesto en la Apología de Sócrates, en la inquietud de sí como precepto de la vida filosófica y moral antigua que a su vez Michelle Foucault plantea desde la inquietud de sí como actitud general, relación consigo mismo y el conjunto de prácticas. En este caso se retoma la categoría para reflexionar el cuidado de la salud. Por lo que, en este apartado, se hace un recorrido conceptual en donde el eje central es el cuidado de sí, para revisar significaciones de algunas acciones de autocuidado de las mujeres con sobrepeso y obesidad.

En ese sentido, el cuidado de sí, viene de la filosofía de los preceptos griegos “*gnothi seauton*” (conócete así mismo) que es la cuestión del conocimiento del sujeto por sí mismo. Es pues una fórmula, de donde parte la noción de *epimeleia heautou* (inquietud de sí mismo), es el hecho de preocuparse y ocuparse por sí mismo, quien se hace referencia o hermana Platón en sus diversos textos a *epimeleia heauto* (Foucault, 1982).

La inquietud de sí mismo, aparece como un aspecto que involucra a un deber ser, que implica el deber de ocuparse de sí mismo, sin olvidarse y hacerlo obligatoriamente porque es necesario cuidarse “Te ocupas de algo que es lo mismo que tú, [lo mismo] que el sujeto que “se ocupa de” tú mismo como objeto” (Foucault, 1982, pp. 66-67). Por lo tanto, el cuidado de sí es un acto que sucede en el mismo cuerpo y que usa el lenguaje para expresar lo que se piensa y se siente,

pero que también motiva a las prácticas del cuerpo, por lo que se vuelve una relación dialógica consigo mismo. Se rescata la idea de Foucault (1982) quien menciona que la adultez es la edad privilegiada para ocuparse de sí mismo, pues es él quien debe preparar su vejez, para vivirla de manera plena. Para ello, el autor plantea que, para cuidarse así mismo, es necesario conocerse así mismo.

Por lo tanto, se plantea que, desde la noción foucaultiana, se articula el cuidado de sí, como una reflexión constante del humano sobre el cuerpo y las formas de cuidarlo, el cual se desarrolla por medio de un proceso que se estructura sobre tres líneas de evolución que se actualizan como práctica de uno mismo. Estas son:

La dietética, o sea, la relación entre el cuidado y el régimen general de la existencia del cuerpo y el alma; la economía, que hace alusión a la relación entre el cuidado de uno mismo y la actividad social; y la erótica, que consiste en la relación entre el cuidado de uno mismo y la relación amorosa (Foucault, 1982, p. 36).

Desde la filosofía, Chirolla (2007), desarrolla el cuidado de sí, desde lo ético, considerándola de la siguiente manera “es un conjunto de prácticas mediante las cuales un individuo establece cierta relación consigo mismo y en esta relación el individuo se constituye en sujeto de sus propias acciones (p. 241). Por su parte Sossa (2010) retoma de Foucault, la idea ética de que la vida se debería tomar como una obra de arte en su etapa ética, pensaba que la vida se debería tomar como una obra de arte y plantea que el cuidado de sí. “Se trata de hacer de la propia vida una obra de arte, de liberarse del pegajoso contagio que secretan unas estructuras sociales en las que rige la ley del sálvese quien pueda” (p. 36).

Tanto las ideas de Chirolla (2007) y Sossa (2010) del cuidado de sí tiene relación con la ética del cuidado, resaltando la idea de que el cuidado es una responsabilidad del sujeto, que

implica pensar de manera individual como un acto de autorreflexión en donde configura la forma de actuación ante la vida, liberándose de las estructuras sociales que determinan ciertas formas de actuación en la vida cotidiana. Sin embargo, Garcés y Giraldo (2013) hacen alusión que el cuidado de sí es también el conocimiento de ciertas reglas de conducta que son a la vez verdades y prescripciones, las cuales deben ser parte de una preocupación personal. Esta idea lleva a plantear que existen ciertas reglas o conocimientos sociales, que deben ser acatadas para que exista una funcionalidad de los sujetos, como las recomendaciones o reglas establecidas por los médicos para la disminución de una enfermedad.

Por su parte Zill et al. (2019) mencionan que el cuidado de sí es “como las prácticas de cuidado de sí y de preocuparse, a través de ejercicios de meditación, escritura de sí, examen de conciencia entre otras actividades que posibilitan mirar hacia sí” (p.29). Se puede entender como una actividad autopedagógica, que implica una constante revisión de sí mismo, haciendo uso de técnicas de autorreflexión que implica mirarse a sí mismo, y mediante esa reflexión justificar su acción ante la vida. Considerando entonces que el cuidado de sí no solo implica reflexionar para cuidarse así mismo desde los aspectos físicos y mentales si no hacerlos.

Por otra parte, Alejandro Boff, muestra un paradigma del cuidado holístico, de reincorporación a la tierra, que implica una responsabilidad con el otro, con el mundo, desde lo ético, el amor y la libertad, debe ser una actitud que integre la existencia y el bienestar del otro como centro del pensamiento humano. Plantea que el cuidado no es solo cuidar del cuerpo, si no de las relaciones que establece en su vida cotidiana, por lo que el cuidado del otro es parte inherente al humano y parte de la propia existencia (Boff s/f, como se citó en Álamo, 2011).

Por último, se retoman los planteamientos de Muñoz (2009), que desde la salud pública y el Trabajo Social retoma las aportaciones de Foucault, rescatando que el cuidado de sí, se articula

desde tres puntos de vista: por un lado, una actitud general, una concepción del mundo que genera una forma de relacionarse con los demás; por otro lado, una mirada hacia fuera, pero con un retorno a la interioridad de los sujetos, esto implica cierta manera de prestar atención a lo que piensan, a lo que ocurre en el pensamiento; finalmente, una serie de acciones que ejercen los sujetos sobre sí mismos para modificarse o transformarse. Estas tres dimensiones se convierten en escenarios de aplicación del proceso de la práctica de uno mismo y están correlacionados; es decir, los tres espacios se actualizan en la subjetividad en los humanos. Se destacan las interacciones sociales como escenarios o medios por donde se construye el cuidado de sí, por lo que es parte fundamental en el análisis de la categoría.

El cuidado de sí se construye en las relaciones sociales, en las interacciones y en las prácticas pues estas condicionan las representaciones sociales que un sujeto tiene sobre el cuidado de su salud, y tienen lugar gracias a los procesos comunicativos e intersubjetivos entre los miembros del grupo social del cual se forma parte” (Muñoz, 2009, p. 392).

Se destaca la vida cotidiana como escenario donde se desarrollan las actividades que dan sentido a las construcciones subjetivas para cuidarse a sí mismo, y es la cotidianidad donde se reproducen, las cuales van construyéndose como verdades colectivas.

En las interacciones sociales, se desarrolla un proceso subjetivo constante, que el sujeto toma para sí, lo que considera necesario e importante, en donde reconfigura elementos recibidos de los otros por medio de la socialización cara a cara, los cuales integra a sus procesos de internalización. En ese sentido, el cuidado de sí es una categoría subjetiva, que se construye en el hacer, pensar y sentir, del sujeto consigo mismo y con los demás, por lo que desde el punto de vista de Muñoz (2009) el conocer el cuidado de sí, es centrarse en el sujeto y en un proceso de permanente construcción, es la necesidad de reflexionar y comprender la acción social desde la

perspectiva de los actores, puesto que estos son constructores de su propia realidad, desde su marco histórico-biográfico.

2.3.4. Cuidado de Sí en Salud

Después de revisar la categoría del cuidado de sí, desde la filosofía, la propuesta de Michelle Foucault y Muñoz Franco en el terreno de las ciencias sociales, en este apartado la discusión se concentra en el cuidado de sí en salud y su relación con las acciones de autocuidado, para posteriormente detallar aquellos significados que los actores sociales han construido sobre algunas acciones de autocuidado, precisando aquellas prácticas que se han categorizado para disminuir el sobrepeso y obesidad en las mujeres.

El cuidado de sí en salud, articula las concepciones, representaciones y significados que las personas tienen sobre sí mismo y los demás en relación con la salud, serían aquellas concepciones que tienen sobre la imagen corporal, las tomas de decisiones que atañen a la salud, identificando aquellas actitudes que se tienen frente a las formas de cuidarse, ante la vida y de quienes los rodean, además de aquellas cuestiones de los actores que tienen conexión con el pasado pero que están presentes y puede que estén en el futuro.

El cuidado de sí se define en cambio como una actitud en relación con uno mismo, con los otros y con el mundo, lo que lo ubica como una categoría global que involucra al autocuidado entre sus componentes fundamentales, debido a que, para poder desarrollar el conjunto de acciones que connota el autocuidado, debe existir un proceso de construcción de significados que orienten dichas acciones. Esto es, la dimensión del cuidado de sí en salud como posibilidad de identificar los significados que permiten abrir los modos de apropiación cotidiana de prácticas de autocuidado, debido a que dichos significados

constituyen la configuración de actitudes para asumir la propia existencia, bajo el principio de heterogeneidad de mundos y visiones de vida. (Muñoz, 2009, p. 399)

En ese sentido, se puede argumentar que el cuidado de sí es una categoría que articula Muñoz con la cuestión de la salud, puesto que desde las dimensiones que propone la autora menciona la cuestión del cuerpo y su vigilancia en la adultez para llegar a una vida plena en la vejez, por lo que se puede identificar una relación con las acciones de autocuidado. Desde las propuestas filosóficas y foucaltianas el cuidado de sí, es considerada como una técnica pedagógica que involucra una relación dialógica, subjetiva entre el propio ser, por lo que la hace una categoría hermenéutica; lo mismo sucede con el cuidado de sí en salud (Muñoz, 2009).

Desde esta autora el cuidado de sí en salud se puede comprender como aquellas construcciones sociales con respecto al mantenimiento y al cuidado de la salud, en las que se destacan representaciones y significados contruidos desde las interacciones de los sujetos para implementar prácticas de autocuidado, como seguir al pie de la letra un tratamiento médico, concentrarse en disminuir la enfermedad, entre otros. Además de Muñoz, no se encontraron estudios que desarrollen la categoría del cuidado de sí en salud; sin embargo, desde las aportaciones de Zilli et al. (2019) del cuidado de sí en el campo de la salud, quienes mencionan ver el cuidado de sí desde las prácticas de autocuidado, es verlo desde la mirada de los sujetos evaluados en su plenitud de la vida para cuidarse, no se puede ver un cuidado fragmentado, sino holístico para poder mejorar la calidad de vida de los sujetos.

Por lo anterior, el autocuidado viene a convertirse en una categoría similar al cuidado de sí, esta se puede identificar en las acciones que los sujetos realizan para cuidarse, puesto que las construcciones sociales del cuidado se internalizan en la subjetividad, pero se objetivan en la práctica, es decir, en las acciones que los humanos desarrollan de manera consiente para

autocuidarse. El autocuidado según Dorotea Orem, es “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular factores que afectan su desarrollo en el beneficio de la vida, salud y bienestar” (Rivera, 2006, p.92).

Para la Organización Mundial de la Salud, el autocuidado es considerado como “la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica” (OMS, 2022). El autocuidado implica emprender acciones de autocuidado, identificadas como examen de conciencia, escucharse a sí mismo, reflexionar sobre la vida, meditación, actividad artesanal, costura, ganchillo y tejido, cambio de hábitos alimenticios, actividad física y yoga (Zilli et al., 2019)

Desde las aportaciones de Muñoz (2009), las acciones de autocuidado son aprendidas durante el ciclo vital, mediante las interacciones con los otros, en este caso, la familia juega un papel fundamental en el aprendizaje de los individuos, los cuales adoptan estilos de vida propios de los padres, abuelos u hermanos con respecto al cuidado del cuerpo. Por lo que reflexionar sobre la categoría del cuidado de sí en salud, implica revisar también aquellos significados que el humano posee, con respecto a las acciones que desarrolla para cuidar la salud del cuerpo desde tres dimensiones: lo corporal, cultural y psicosocial.

En esas tres dimensiones se rescata la imagen corporal de las mujeres como un constructo social, que es parte fundamental para construcción social del cuidado de la salud, donde se desarrollan las prácticas para cuidar el cuerpo como los son la alimentación, la actividad física y asistencia a las instituciones de salud, siendo estas acciones que desarrolla el humano para disminuir, reducir o evitar el sobrepeso y la obesidad.

2.3.4.1 El Cuerpo y la Imagen Corporal.

El cuidado de sí en salud implica cuidar el cuerpo, el cual ha sido estudiado desde dos grandes paradigmas de las ciencias naturales, las ciencias sociales y humanas, concibiéndolo desde distintas formas. Desde el paradigma anatomofisiológico, lo conciben como “un cuerpo humano, como un organismo vivo, es indisociable del despliegue de la imaginación, las fantasías, los rituales y las acciones que conforman una disposición simbólica construida a partir de una forma de vida” (Moreno, 2010, p.159). Es pues el cuerpo concebido como un objeto físico vivo con características propias genéticamente, opuesto a la perspectiva social, concebido como “un sistema de símbolos, como una construcción social y cultural y de conocimiento de la sociedad, o como efecto de un discurso social” (Moreno, 2010, p.152).

Desde esta última, se identifica al cuerpo como sistema de símbolos, donde la expresión de él depende o está restringido, mediatizado por la cultura y expresa la presión social que tiene que soportar, pero capaz de absorber diversas ideologías, formas de vida construidos desde la experiencia y las interacciones sociales cara a cara en la vida cotidiana, es decir, desde una perspectiva de la construcción social. En ese sentido Espeitx (2006), menciona que la construcción social del cuerpo se traduce en dos sentidos: un objetivo físico, que lo moldea y lo define, y el de la imagen corporal que le da sentido y función a esta construcción, la cual actúa en tres dimensiones: la identidad, la autopercepción y el atractivo sexual, que funcionan socialmente, puesto que la imagen corporal influye de para la percepción del sujeto y como los perciben los demás y como es influenciada por otros.

Un ejemplo claro, es lo que expresa González (2008) desde un punto de vista médico-social, el cuerpo aparece como la expresión material que traduce símbolos, y en lo estético muestra un sujeto socialmente modelado. Este aspecto viene a dar sentido a lo que menciona Foucault

(1998), el cuerpo es objeto y blanco de poder, un cuerpo que se manipula, se da forma y se educa, que obedece y responde pero que además se vuelve hábil y se multiplica. Es decir, la construcción de la imagen corporal depende de las construcciones sociales adoptadas por los grupos sociales, mismos que dependen de estereotipos de imagen corporal promovidos y aceptados. Es a través de la imagen corporal los individuos transmiten creencias, valores, diferenciaciones, pertenencias, estatus y poder, que de alguna manera manifiestan los roles establecidos.

La construcción social del cuerpo, según Turner (2008), menciona que de acuerdo con la relación cuerpo y el contexto sociocultural, emergen significados del cuerpo que se propagan por medio de los procesos de socialización de los individuos a través de las interacciones. En ese tenor, se precisa que la imagen corporal es adoptada por las mujeres en proceso de construcción que va desde la socialización primaria, es decir desde la niñez, donde la percepción de la imagen que poseen los miembros de las familias adultos, puede influir en la construcción de la imagen corporal de los hijos, y en la socialización secundaria, que es donde aparecen los grupos de pares, maestros, medios de comunicación e instituciones de la salud, entre otros que también inciden en la construcción de la imagen corporal de los sujetos, los cuales llegan a reforzar la construcción de la imagen corporal o modificarla.

En ese aspecto, Valenzuela y Meléndez (2019), menciona que la noción del cuerpo se transmite de forma implícita y/o explícita a través de las prácticas en el contexto familiar y que ambas son modeladas por un factor social que afectan los comportamientos. Desde los significados que poseen las mujeres sobre su imagen corporal, se resalta que esas ideas de sentido común de los miembros de la familia son también significaciones que afectan la autoimagen de las mujeres.

Con respecto a ello Vaquero y Macazaga (2014) se enfocan en la apariencia del cuerpo, en la manera en que la viven y la experimentan, así como a valoraciones negativas y asociadas a

sentimientos de culpabilidad, insatisfacción por el cuerpo, las mujeres muestran preocupaciones sobre la apariencia, con respecto al cuerpo y sus proporciones, el sentirse observadas por otros que las llevan a tener inseguridades. También está asociada a lo físico, pero además están vinculada a esas valoraciones y actitudes que los individuos asumen de su propio cuerpo, esas valoraciones se traducen en grados de satisfacción de la imagen corporal (García et al, 2014).

Las valoraciones están asociadas a la autoestima, que es la capacidad de tener confianza y respecto a sí mismo, el cual la aceptación de la imagen corporal depende además de que tus creencias, sentimientos, u opiniones no provoquen sentimientos de inferioridad o negativos con su cuerpo (Jiménez et al., 2013). Por ello se menciona que la autoestima en las mujeres con sobrepeso y obesidad es factor importante de análisis y que el trabajar en este aspecto puede ser una herramienta para generar cambios en los estados físicos y emocionales de las mujeres.

2.3.4.2 Acciones de Autocuidado para el Cuidado de Sí en Salud.

2.3.4.2.1 La Alimentación y sus Significaciones Sociales.

La alimentación es parte de las acciones de autocuidado, y desde el cuidado de sí, la alimentación es vista desde el enfoque sociocultural, el cual es considerada como el acto de alimentarse; y desde las cuestiones de la salud, puede ser perjudicial o beneficiosa, pues el acto de alimentarse está cargado de significados, representaciones, hábitos y creencias, que llevan a consumir ciertos alimentos. La alimentación se ha tipificado desde el paradigma de la salud, como alimentación no saludable y saludable, esta última desde los discursos científicos es la recomendada para llevar un cuerpo sano.

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (2014), la define como “alimentación que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana. Los nutrientes esenciales son: proteínas, hidratos de

carbono, lípidos, vitaminas y minerales y agua” (p. 2) y en sus guías de nutrición saludable, la FAO propone seis grupos de alimentos fuertes: cereales; verduras y frutas; leche, yogur, queso; carnes, y huevos; aceites grasos; azúcares y dulces. Estos alimentos son los ideales para conseguir un estado nutricional adecuado del cuerpo.

Sin embargo, el problema de la salud del cuerpo no está en las tipificaciones de la alimentación, sino desde el acto de alimentarse, visto desde una mirada social y cultural. Ese acto de alimentarse, según Suárez (2016), depende de contextos sociales, culturales y económicos, que se caracterizan en la alimentación en el desarrollo de prácticas de selección y el consumo de acuerdo con las razones nutrimentales; el simbolismo; los aspectos políticos alimentarios y económicos, como lo es el ingreso familiar, los precios de la canasta básica, así como aspectos culturales como creencias, hábitos, costumbres y significados que poseen los grupos sociales.

Por lo que, desde esta idea, la alimentación desde el enfoque sociocultural se configura como un acto lleno de significados (Contreras y Gracia, 2005). Es decir, el acto de alimentarse trasciende lo natural, poniendo en juego aquellos aspectos culturales, experiencias e historias de vida que construyeron significado, los cuales se externalizan en las prácticas alimentarias, ya sea beneficiosas o perjudiciales para la salud. Esas historias de vida y experiencias marcaron ciertas subjetividades que son aprendidas de contextos cotidianos como la familia de origen, las instituciones, los grupos de pertenencia, contextos políticos que dan validez a lo subjetivo y que a su vez se convierte en algo colectivo.

Por lo tanto, las mujeres con características de sobrepeso u obesidad construyen significados con respecto a los alimentos buenos o malos para la salud, y según el valor, el sentimiento, los gustos, son los alimentos que mayormente se consumen. Por lo que las significaciones de la alimentación construidos en la vida cotidiana por medio de la socialización

cara a cara son las prácticas alimentarias que desarrollan las mujeres, sea el caso para disminuir el problema de la obesidad o simplemente sea obviada la cuestión de la salud, dando mayor preponderancia a la ingesta de alimentos por gustos, hábitos o costumbres.

Los hábitos alimentarios saludables se consideran la mejor vía para mejorar la salud, son definidos como una serie de conductas y comportamientos, que inciden en la manera de seleccionar, elaborar y consumir los alimentos (Bourges, 1990) son también considerados procesos en los que los individuos seleccionan y consumen los alimentos de acuerdo con la disponibilidad alimentaria, aprendizajes adquiridos por factores socioculturales, psicológicos, económicos y geográficos (Cervera et al, 2004).

Los gustos son cuestiones socioculturales y que son factores que inciden en la frecuencia del consumo de los alimentos, que desde las aportaciones de Florence (2010) y Messer (1995), mencionan que los gustos están conformados tanto biológicos y culturalmente, ya que considera un comportamiento de consumo aprendido desde la tradición cultural; es transmitido por la cocina tradicional, pero además la selección de los alimentos es determinada por ciertas características sensoriales como el olor, texturas, sabor, y color.

En ese sentido, las mujeres con sobrepeso y obesidad poseen gustos por ciertos alimentos, los cuales influyen en la canasta alimentaria básica, así como en ciertas comidas o bebidas que se les dificulta dejar de consumir y que se convierte en una situación de estrés y ansiedad el no poder dejar de hacerlos. Asimismo, son las mujeres que a partir de sus gustos forman parte de los estilos de consumo alimentario del resto de las familias, como lo menciona Godoy et al. (2018) son las mujeres que preponderantemente cumplen roles de definición de estilos alimentarios, los cuales transmiten prácticas y gusto alimentarios a los hijos o miembros del hogar. En esta misma cuestión, Contreras y Gracia (2005), mencionan que hay un problema complejizado y en crecimiento con

respecto a la situación alimentaria familiar, lo que a su vez trae efectos negativos en la construcción de identidades personales con consecuencias en la salud física y psicológica, no solo de las mujeres, si no de los hijos e hijas.

2.3.4.3 Actividad Física y sus Significaciones para Cuidar la Salud.

La actividad física como una acción de autocuidado, juega un papel preponderante en la prevención de las enfermedades crónicas como, diabetes, hipertensión y tipos de cáncer. Es definida “como todo movimiento corporal que implica un gasto de energía, es el componente del gasto energético que más varía y se encuentra, hasta cierto punto, bajo control voluntario” (Willett,1998 como se citó en Hernández et al., 2003, p. 236). También es entendida como todo movimiento corporal parcial o total, que permite el gasto de energía que se hace para cubrir una necesidad física de la vida cotidiana (Arias, 2015).

La actividad física recomendada por los profesionales de la salud para prevenir o disminuir el sobrepeso y obesidad principalmente es el ejercicio físico o una actividad repetitiva que implique esfuerzo, debe ser de forma repetitiva y constante que lleve a un propósito, que es bajar de peso. Por lo que el ejercicio físico es la acción recomendada, el cual es una actividad física realizada de forma estructurada, repetida, sistematizada y que tiene un objetivo mejorar la capacidad física (Arias, 2015).

La actividad física es promovida por los organismos internacionales como la OMS, quienes implementan estrategias para promover la activación física en todos los grupos de edad; sin embargo, este aspecto, es utilizado por los mercados de bienestar y la industria de la belleza en la idea de mejorar la satisfacción del peso corporal a través de conformación y promoción del uso de clubes, gimnasios, spas, ciudades deportivas, explorando la ideología del bienestar, sinónimo de cuerpo sano, vinculándolo el binomio belleza y ejercicio físico promovidos por los diversos

medios de comunicación (Willett,1998). Lo anterior, se ha convertido en un factor de riesgo para las mujeres con sobrepeso y obesidad, quienes buscan la manera de la modificación de la silueta y el control de peso corporal a través del ejercicio físico, pero también cirugías estéticas, para quienes no le den importancia a la actividad física.

Respecto a ello, en diversas investigaciones desarrolladas en instituciones educativas y médicas, se han encontrado que las mujeres principalmente presentan problemas de salud con respecto al exceso de actividad física, debido a que le han dado una importancia excesiva a la idea de reducir el peso corporal y obtener una figura aceptable, trayendo consigo psicopatologías asociadas a la regulación de efectos negativos a través del ejercicio, pero que además esto no ha impactado en ellas el restarle importancia al binomio peso, apariencia y ejercicio (Bratlan y Sanda, 2010).

De esta manera se destacan los significados de la actividad física como algo importante a considerar para entender el problema de la permanencia de peso y obesidad en los sujetos, donde se ha demostrado que los sujetos poseen distintas significaciones al hecho de desarrollar cualquier actividad física, y específico, actividades físicas rutinarias o el deporte como estilos de vida. En ese sentido Romero y Arrellanes (2020) mencionan que la actividad física se ha presentado en personas con obesidad como algo no rutinario en la cotidianidad, a pesar de que es motivo de regaño por parte de los profesionales de la salud, ya que existen representaciones y significados que cada sujeto con obesidad posee, el cual determinan las actitudes asumidas frente al desarrollo de esta actividad, puesto que en el discurso se refleja su importancia, pero no se observa en las prácticas.

Por otra parte, existen actitudes asumidas por las mujeres con obesidad respecto hacer ejercicio, según López (2018) son un estado de disposición mental, que se organiza a través de

experiencias que ejerce una influencia dinámica en cierto objeto o actividad, en este caso el hacer ejercicio físico. En el caso de las mujeres con características de sobrepeso y obesidad, se muestra que han construido significados para que se refleje el hecho de no hacer actividad física, como el ejercicio, el cual está determinado por el contexto socioeconómico y los roles de género establecidos, puesto que en los discursos de manera cotidiana muestran distintos aspectos que se convierten en barreras para el desarrollo de la actividad física, en las que se destacan, la falta de tiempo por las jornadas laborales extensas y de bajo salario sin la posibilidad de destinar recursos para un gimnasio o clases de ejercicio. Otro factor son las horas destinadas al regreso a los hogares y el trabajo doméstico (Romero y Arrellanes, 2020).

Por otra parte, la incertidumbre que se vive en los espacios públicos por la violencia e inseguridad, son un factor que lleva a las mujeres a mostrar miedo o rechazo por desarrollar actividad física en los espacios públicos y en horarios en los que tiene disponible para hacer caminatas, o usar los artefactos para hacer ejercicio al aire libre, los cuales en el actual gobierno son implementados por los programas de promoción a una vida saludable. En ese sentido, Montero et al. (2021), mencionan que uno de los determinantes de la obesidad son los entornos físicos, y uno de ellos es la inseguridad ciudadana donde se incluye la violencia a las mujeres, el cual se muestra como un obstáculo para la práctica de actividades deportivas y recreativas, pues este limita el acceso a espacios públicos y los acondicionados para realizar ejercicio.

2.3.4.4 Asistencia a las Instituciones de Salud como una Forma de Atención a la Salud.

La asistencia a las instituciones de salud es una práctica de autocuidado que las mujeres con sobrepeso y obesidad deben de desarrollar de forma periódica, esto es para tener una mayor vigilancia de salud, que implica también un control de la enfermedad por parte del Estado a través de las instituciones; sin embargo, la asistencia de quienes se les asignan un tratamiento y quienes

requieren recibir atención médica resulta ser un problema personal, donde están involucrados sentimientos, representaciones y significados.

Existen investigaciones en donde se destacan los significados que las mujeres poseen con respecto a recibir atención médica, ya que en las mujeres la asistencia a instituciones de salud es una práctica común vinculada a la salud del cuerpo, la ven como algo importante y necesario, a diferencia de los hombres que lo ven como una obligación cuando están enfermos (Aguilar, 2020). Esto tiene que ver que las mujeres en sus prácticas dan cuenta en su rol como cuidadoras la importancia del proceso de cuidados, y por otro lado, dan muestra de la estructura institucional, que va desde los contenidos de los programas, recursos, infraestructura y atención de los profesionales.

Por otra parte, existen algunos significados construidos en las mujeres con respecto a la asistencia a las instituciones de salud y la atención médica que no favorecen esta cuestión, puesto que existe una resistencia a tener una vigilancia de su salud desde la parte institucional, el cual se manifiesta en la inasistencia para seguir el tratamiento indicado por los profesionales. En este caso, se expresan algunos sentimientos de rechazo y de culpa cuando el nutriólogo o el trabajador social les comentan que no bajó de peso, convirtiéndose la visita médica en un evento estresor para las mujeres. Los sentimientos son mencionados por Shinan-Altman (2017), quien refiere sentimientos de enojo de las trabajadoras sociales hacia los pacientes cuando no cumplen con las indicaciones nutricionales.

Por lo tanto, existen significados que poseen los sujetos para recibir la atención médica, los cuales devienen de un proceso de construcción social que empieza desde la niñez, se refuerza en la adolescencia y se refleja en la edad adulta mediante las interacciones sociales que desarrolla la familia nuclear, padres, madres y se extiende tíos y abuelos o abuelos (Valverde, 2016). En este

caso se menciona que la adquisición de recursos para cuidar el cuerpo es también parte de las socializaciones secundarias mediante las interacciones con las instituciones de la salud y escuela, quienes socializan programas de atención y promoción de la salud generando dispositivos pedagógicos para que los sujetos atendidos desarrollen constructos propios, tales como conocimientos u estrategias para atender la salud propia.

De lo anterior, cabe señalar que los sujetos sociales también generan sus propias opiniones y significaciones de la atención y contenidos de los programas, pues a pesar de que se vive en un mundo donde se conoce lo que debe de hacerse para cuidar la salud, los sujetos viven conforme su forma de pensar, como lo argumentan Rodríguez y Soares (2017):

En la medicalización de la vida, uno vive en un juego de blasfemias, porque uno está inmerso y arraigado en un mundo que medicaliza las existencias de innumerables maneras; por ejemplo, tomando chimarrao, ver seriales, jugar al fútbol, beber cerveza de fin de semana y actuar de compras. Pero esta forma es a veces también una profanación, una línea de escape que rompe con la necesidad de prescripción por medicamento (p. 288).

Es decir, el humano configura una forma de vida, viendo a las sugerencias médicas para una vida saludable como una superficie a su alrededor que se resiste a subirse en ellas, como lo son las mujeres que ya son diagnosticadas con sobrepeso, obesidad, hipertensión o diabetes y reciben un tratamiento, el cual se resisten a seguirlo al pie de la letra.

2.3.4.5 Cuidado de Sí, y los Roles de las Mujeres como Cuidadoras de Otros.

El cuidado de los otros resulta una inherencia ineludible de la categoría, desde la filosofía, Foucault (1982) recupera el cuidado y la alteridad, es decir, es una parte nodal de la categoría, puesto que implica revisar la dimensión que menciona el autor, como la relación consigo mismo

y los otros, puesto que los cuidados al ser construidos en la cotidianidad involucran los primeros entornos como lo es la familia. Los miembros de la familia a través de su interacción y socialización externalizan ideas de sentido común con respecto al autocuidado individual y colectivo, pero además instituye roles de cuidadores, como es el caso de las mujeres que han adoptado roles sobre el cuidado de otros. Para Foucault, el cuidado de sí resulta una práctica reflexiva, donde la reflexión de sí mismo supone un trabajo ético-moral, donde involucra la alteridad.

El cuidado de sí es ético en sí mismo; pero implica relaciones complejas con los otros, en la medida que este *ethos* de la libertad es también una manera de cuidar de los otros; por esto es importante para un hombre libre que se conduce como se debe, saber gobernar a su mujer, a sus hijos a su casa. Ahí está el arte de gobernar. El *ethos* implica también una relación hacia el cuidado de los otros, en la medida que el cuidado de sí se vuelve capaz de ocupar, en la ciudad, en la comunidad o en las relaciones interindividuales, el lugar que conviene (Foucault, 1982, p. 263).

En ese sentido Raffin et al. (2015) menciona que:

Cuidar de sí mismo es, en la interpretación foucaulteana, cuidar también de los otros, preocuparse por los otros, no solo en la medida en que el cuidado va a estar dirigido también a los otros, sino también porque, aun pensado desde la instancia meramente individual, implica a los otros (p. 3).

Ampliando la idea, se consideran las aportaciones de Garcés y Giraldo (2013) quienes dicen que el cuidado de uno mismo es “una forma de vigilancia sobre lo que uno piensa, sobre el pensamiento y, a la vez, designa un determinado modo de actuar mediante el cual uno se transforma al hacerse cargo del otro” (p.190).

Trayendo este planteamiento de los autores, las mujeres con características de sobrepeso u obesidad con respecto a las actitudes de autocuidado que asumen, dependen del cuidado de otros, ya sea de hijos, esposos, madres u abuelos, puesto que han asumidos roles como cuidadoras. Estos roles construidos en la cotidianidad de las mujeres se han desarrollado a través de las interacciones sociales, donde la socialización de los otros miembros de las familias ha influido en la objetivación de acciones de autocuidado de las mujeres, porque el proceso reflexivo que desarrollan para sí mismos está permeado inconscientemente de cuidar a los otros.

En ese aspecto Bleichmar (2005), recupera una línea del cuidado humano amoroso como una práctica ética singular y afectiva constituida en los sujetos, que es cuidar a los otros como una forma de identificación y reconocimiento teniendo distintos modos de subjetivación. Es decir, el cuidado amoroso, de apoyo y comprensión que han constituido las mujeres hacia sus semejantes y el entorno, es una preocupación constante que poseen en la medida de las dificultades que presentan los otros, siendo esta una barrera positiva o negativa para la persona que desea adoptar prácticas de autocuidado para reducir la enfermedad.

Esta idea se contrapone con lo que plantea Rodríguez y Marzonetto (2015) sobre la injusta distribución del trabajo, específicamente en las responsabilidades de cuidar, vinculado a la naturaleza de la mujer en cuidar, y otros aspectos relacionados con el género, llevando a la construcción de ideas de lo que debe ser una mujer basándose en las características biológicas. De lo anterior, se destacan aquellos aspectos de la capacidad (única) de parir, amamantar, y que son dotadas de capacidades superiores para cuidar la higiene de los niños y/o niñas, preparar alimentos, limpieza y organizar diversas actividades de cuidados en lo doméstico.

Es pues relevante el rol asignado en las mujeres como cuidadoras, un aspecto que viene a contribuir en las significaciones sociales que han construido las mujeres desde las asignaciones

culturales de género, en este caso las normas que el sistema patriarcal ha institucionalizado, esto es, que las mujeres deben ser las responsables de la crianza de los hijos y con respecto al rol de cuidadoras, las mujeres han asumido que lo femenino es quien debe soportar todo sufrimiento, y lo debe superar por el mantenimiento y satisfacción del otro/a, más que por concentrarse en cuidarse a sí misma. Un ejemplo claro es cuidar los hijos e hijas de edades tempranas suele ser una de las mayores dificultades que poseen las mujeres para derogar el rol, aquí es donde se visualiza la inherencia del cuidar de otros en el cuidado de sí, puesto que se ha constituido como un aspecto subjetivo construido a partir de los roles que ha asumido como cuidadoras.

El cuidar a otros, es un rol cargado de significados que han asumido como mujeres altruistas y amorosas que dan sentido a sus prácticas del cuidado de sus hijos, esposos, madres, abuelos, abuelas; que si bien es cierto no es un obstáculo para cuidarse a sí mismas, las mujeres asumen la necesidad de dar su tiempo, esfuerzo, e incluso su ingreso para que los otros estén bien, y sentirse bien ellas. En ese aspecto Fernández (2012, como se citó en Passerino, 2019) hacen alusión a que la solidaridad, el amor y el sacrificio femenino, son prácticas que se presentan en las mujeres, como figuras de esposas-madres, las cuales han tendido que postergar sus deseos en favor de otros, mismas que han vulnerado sus propias condiciones, sesgando su autonomía y acceso en la participación para la toma de decisiones.

Situación que desde el punto de vista de Rodríguez y Marzonetto (2015), el Estado es un órgano reproductor de la desigualdad que presentan las mujeres, con respecto al cuidado en la esfera doméstica, puesto que desde la historia de los regímenes de bienestar hasta la actualidad, los cuidados es una responsabilidad principal de las mujeres, y eso se refleja en las políticas sociales, de educación escolar, de la salud familiar, donde buscan la participación activa de la mujer para su participación en el cuidado de los hijos y /o miembros de la familia.

Por lo tanto, la mujer en el sistema institucional patriarcal se ha construido como las responsables del cuidado, aunado a lo que menciona Bonavitta (2020) al afirmar que las mujeres han construido formas de ser para otros, formas diferentes de amar, un amor diferenciado, que implica el cuidar y dar lo mejor de sí, sacrificarse por los otros, pero que además es una cuestión naturalizada como parte de los roles de género asignados.

Las asignaciones de género en el sistema patriarcal se manifiestan en como las mujeres se han concebido en un ser para otros, asociado a las creencias marianistas, que de lo que debe ser una mujer, una figura central en la familia que reúne varios roles, madres, esposas, hermana, hija, compañera, criada, es decir esclavas, donde en la esfera doméstica, la mujer se siente segura y dueña de la situación (Castillo, 2010).

Por lo tanto, se destaca que las mujeres con obesidad u otras enfermedades, al asumir el rol como cuidadoras, descuidan del cuidado de sí misma, tales como desarrollar practicas reflexivas consigo mismo y asumir actitudes para cuidar su cuerpo, es por ello que descuidan las acciones que pueden implementar en su cotidianidad para reducir el peso o adherirse al tratamiento asignado por los profesional de la salud, y un caso claro son las acciones más básicas como consumir alimentos saludable, desarrollar actividad física, asistir de forma periódica a la vigilancia de salud y asumir que no es necesario tener cuerpos estereotipados por los cánones de belleza, pero si un cuerpo saludable que implica bajar de peso.

2.3.5 El Sobrepeso y Obesidad como Problema de Salud Pública

Actualmente las enfermedades no transmisibles (ECNT) son considerados un problema de salud pública en las sociedades modernas caracterizadas por un intercambio de determinantes sociales en un proceso que ese la globalización, el cual está presente en los países como México (Rivera et al, 2020). Estas enfermedades tienen como factor de riesgo el sobrepeso y la obesidad,

las cuales son consideradas como condiciones biológicas que pueden ser prevenibles y reversibles mediante las prácticas de consumo de alimentos, hábitos saludables, correcta actividad física y la asistencia a orientaciones nutricionales como parte de la adquisición de conocimientos básicos de cuidado del cuerpo.

Las enfermedades que se encuentra relacionadas con el sobrepeso y obesidad son las diabetes tipo dos, las hipertensiones, enfermedades coronarias, cáncer y enfermedades del riñón, que dominan el panorama de mortalidad, principalmente en las personas de cuarenta años en adelante, como es el caso de México (Morales, 2018).

La obesidad ha sido conceptualizada desde dos grandes modelos de la salud, el biomédico y el biopsicosocial; desde el enfoque biomédico es concebida la obesidad como “la acumulación anormal o excesiva de tejido adiposo en relación con el peso que puede ser perjudicial para la salud” (Kaufer y Pérez, 2022, p.147). Desde este enfoque, se puede considerar el sobrepeso y obesidad como una enfermedad, siendo un factor de riesgo para la aparición de otras enfermedades crónicas.

Desde el modelo multicausal se integran algunos aspectos físicos, ambientales y socioculturales, que consideraron la obesidad, de acuerdo con Pasca y Montero (2015) como una:

Enfermedad sistémica, multiorgánica, metabólica e inflamatoria crónica, multideterminada por la interrelación entre lo genómico y lo ambiental, fenotípicamente expresada por un exceso de grasa corporal (en relación con la suficiencia del organismo para alojarla), que conlleva un mayor riesgo de morbimortalidad. (p. 1)

Desde esta concepción el concepto de obesidad, considerado no como un problema de la salud biológica como tal, sino que menciona que es multicausal, el cual entran los factores

químicos, físicos, ambientales y socioculturales que son determinantes para que se desarrolle la obesidad como enfermedad biológica.

Desde marcos conceptuales más amplios, autores como Suarez et al. (2017) “consideran la obesidad como una enfermedad crónica, multifactorial y multicausal, que corresponde a una alteración de la correcta función del tejido adiposo, tanto de forma cuantitativa como cualitativa, en su capacidad para almacenar grasa” (p. 227). Desde esta concepción, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) la concibe como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud en el que se debe considerar la influencia genética y ambiental; también es reconocida como una pandemia del siglo XXI, reconocida por la OMS, desde el año 1997; además reconocida por la World Health Organization (WHO), que desde el 2004, se empezó a considerar como una pandemia, acuñando el término “globesidad”; sin embargo, fue aceptado el término hasta 2011.

Posteriormente se han agregados varias definiciones de obesidad cubriendo aquellos vacíos conceptuales desde lo biológico y desde lo social; por ejemplo, desde lo biológico se destacan aquellas concepciones de obesidad como una enfermedad patológica presentando aspectos como la cantidad de masa corporal, y desde lo sociocultural se agregan todos aquellos aspectos que tienen que ver con los estilos de vida de las personas determinados por factores económicos y socioculturales. Es también estudiada por diferentes ciencias, en las que se destacan la medicina, la nutrición, la psicología, la sociología y la antropología, así como las disciplinas ubicadas en la organización de la ciencia como instrumentales, como la enfermería y Trabajo Social. Los estudios de estas disciplinas se enfocan en conocer y explicar los diversos factores causales de la enfermedad, en donde se han ubicado los determinantes sociales estructurales e intermedios de la obesidad.

2.3.6 Participación del Trabajo Social en la Prevención y Promoción de la Salud

El cuidado de sí en salud de las mujeres con sobrepeso y obesidad, como parte del autocuidado, es considerada una parte del estudio del Trabajo Social, puesto que las problemáticas sociales en la salud donde están presentes los determinantes estructurales y conductuales forman parte de los factores de incidencia en los problemas de salud, siendo éste un espacio en el que ha incursionado la disciplina de Trabajo Social (Galeana, 1999; Aranda, 2010), por lo que, la intervención en este ámbito se desarrolla en proporcionar información y orientar a la población en la prevención y atención de las enfermedades, así como buscar que se adopten formas de autocuidado (Vélez, 2003; De la Cruz Mendoza, 2020).

Con respecto a la prevención de problemas de sobrepeso, obesidad y diabetes, el Trabajo Social como disciplina participa en la investigación de los determinantes sociales, tanto estructurales como intermedios que inciden en el problema de salud, de los cuales se destacan lo que son los estilos de vida como prácticas sociales, así como aquellas representaciones y significados que llevan a la población a presentar estilos de vida inadecuados para la salud. Así también como disciplina, el Trabajo Social, busca incidir en la disminución del desde funciones muy específicas de educación para la salud, donde se destaca el autocuidado y el cuidado de sí como estrategia pedagógica.

Con respecto al cuidado de Sí en Salud, para el Trabajo Social resulta una categoría de análisis novedosa que se ha llevado a la práctica investigativa y de intervención, desde grupos disciplinares de promoción a la salud, destacando las aportaciones de Nora Eugenia Muñoz Franco de la Universidad de Antioquia, quien ha conceptualizado y abierto líneas de intervención desde esta categoría. Esta autora destaca la importancia de incorporar la categoría del cuidado de sí como un proyecto ético-político a la intervención del Trabajo Social, ya que se trata de un proceso que

se construye en las relaciones con las y los otros y compete a la disciplina aportar al conocimiento de la categoría, sobre todo porque contribuye al desarrollo de actitudes de los sujetos con su cuerpo, su entorno y otros elementos sociales que los rodean que dirigen las prácticas y conductas sociales en cuanto al cuidado de la salud (Muñoz, 2018).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

En este apartado se presenta la metodología utilizada en para la construcción del problema de investigación y la fase de aplicación de las técnicas e instrumentos para la recogida y análisis de los datos. El apartado se divide en enfoque, perspectivas epistemológicas, método, técnicas, instrumentos y procedimiento metodológico utilizado para la recogida y análisis de los resultados.

3.1 Enfoque

La investigación sobre la construcción social del cuidado de sí en salud en mujeres con características de sobrepeso y obesidad se ubica en el enfoque cualitativo, puesto que se pretende comprender los significados que poseen las mujeres con respecto al cuidar su salud, los cuales son constructos y adoptados en sus etapas de vida y vienen a estar presentes en un momento actual. El enfoque cualitativo permite que el investigador se centre en las subjetividades de los sujetos construidas por medio de las interacciones de en la vida cotidiana; más que explicar causalidades, permite discurrir motivaciones e intenciones de los individuos (Briones, 2006).

Por otra parte, este paradigma se caracteriza porque la indagación es constructivista, también denominado naturalista o hermenéutico, está basado en el conocimiento que ayuda a mantener la vida cultural, la comunicación y el significado simbólico (Valles, 1999). Se resalta la palabra natural, porque los trabajos con datos se abordan en situaciones o contextos naturales; es decir, a las circunstancias en donde el investigador o investigadoras se aproximan a las situaciones, acontecimientos concretos, reales en interacciones espontáneas ya sea preexistentes o durante la inmersión al campo (Vasilachis, 2006).

La investigación cualitativa se caracteriza por ser multimetódica, naturalista e interpretativa, donde el investigador indaga en situaciones naturales, intentando comprender los

fenómenos, darles sentido a los significados que las personas les otorgan (Denzin y Lincoln, 1994, como se citó en Vasilachis, 2006); lo cual permite al investigador confrontar de manera permanente las realidades intersubjetivas que emergen a través de las interacciones con los actores de los procesos, sus realidades socioculturales y personales como objetos de estudio abordados en un contexto histórico, social y cultural determinado (Iñiguez, 1995).

De esa manera, el abordaje de la construcción social del cuidado de sí en salud de las mujeres con problemas de sobrepeso y obesidad se suscribe en el enfoque cualitativo, se rescatan experiencias durante las etapas de vida, niñez, adolescencia, adultez, ya sea en su familia, escuela, espacio laboral, comunidad etc. Se utiliza dicho enfoque con el propósito de obtener datos de descubrimiento sobre el proceso de construcción sobre el cuidado de sí en salud, elaborados en contextos cotidianos y desarrollados a través de las interacciones sociales y socializaciones con los otros durante sus etapas de vida.

3.1.1 La fenomenología en la investigación cualitativa

Desde la perspectiva teórica de la construcción social de la realidad de Berger y Luckmann (1986), se plantea que el abordaje del proceso de construcción de significados sociales, se debe de realizar desde la perspectiva fenomenológica para clarificar los fundamentos del conocimiento en la vida cotidiana, el cual se desarrolla desde la experiencia subjetiva, pues, se reconoce que el sentido común encierra innumerables interpretaciones pre-científicas y cuasi-científicas sobre la realidad cotidiana que se da por establecida desde los sujetos, destacando entonces que haciendo un análisis fenomenológico detallado revela las diversas capas de la experiencia y las diferentes estructuras de significados que intervienen en cada una de las etapas.

Por lo anterior, esta investigación se suscribe en la corriente fenomenológica, esta se caracteriza porque busca la esencia de los fenómenos por medio de las experiencias humanas, tal

como lo describen los participantes (Flores, 2018). Esta perspectiva permitió descubrir, interpretar y comprender los significados que las mujeres construyeron en sus etapas de vida sobre su imagen corporal, el cuidado del cuerpo con respecto a la alimentación, la actividad física, la asistencia a las instituciones de salud, y los roles como cuidadoras de los otros que son parte de las dimensiones del cuidado de sí.

Desde la perspectiva fenomenológica, los diseños de los estudios investigativos se caracterizan por ser de tipo exploratorios descriptivos comprensivos, donde al llegar a la descripción de los fenómenos se logra una interpretación y por ende una comprensión del fenómeno. Según Perello (2009) en la investigación del tipo exploratorio-descriptivo, se puede describir las características básicas del objeto o fenómeno de estudio, pero también perfilar el fenómeno a estudiar; permite caracterizar propiedades, lugares, cantidades y configuraciones, intentando arribar a la última fase de la fenomenología que es la interpretación y comprensión del fenómeno.

Es en la fase de la interpretación y comprensión del fenómeno, donde la mayoría de los casos se estima como objetivo prioritario el descubrir las razones “ocultas” que se observan tras lo evidente y tangible, por lo que se plantea alcanzar un nivel comprensivo, en donde se desarrollan algunas líneas temáticas y se cuestiona lo siguiente: ¿Qué es lo que parece relevante de esta frase? en la idea de resaltar aquellos aspectos que resultan relevantes y que dan respuestas a las preguntas, objetivos y supuestos de investigación (Perelló,2009).

3.1.1.2 Tipo de estudio

El tipo de estudio es exploratorio-descriptivo-comprensivo principalmente porque se pretende interpretar y comprender las significaciones sociales del cuidado de sí, que involucra, la imagen corporal, las acciones de autocuidado como la alimentación, actividad física, la asistencia

a las instituciones de salud y el cuidado de los otros. Es descriptivo porque se pretende lograr detallar aquellas significaciones sociales construidas por las mujeres en cuanto las dimensiones antes descritas y como máximo nivel de alcance de este estudio es la fase comprensiva, esta se pretende encontrar ciertas significaciones que permitan comprender al investigador de qué manera fueron construidas las significaciones del cuidado de sí en salud en las mujeres, para determinar ciertas leyes generales que expliquen algunos determinantes intermedios de la incidencia y permanencia de los problemas de obesidad u otras enfermedades crónicas.

3.1.1.3 Método biográfico (relatos de vida)

La recogida de datos se realizó con el método biográfico, el cual es uno de los más usados en las investigaciones sociales con perspectiva fenomenológica, ya que este se centra en las trayectorias de vida de los sujetos, recuperado desde las narraciones de los participantes, ya sea orales u escritos (Pujadas, 2000). Se caracteriza porque la información que requiere el investigador emerge de la persona, pero además de las interacciones con los otros, en este caso de quien recoge la información, la interpreta y rehace. Tanto (Sanz, 2005., Meneses y Cano, 2008) mencionan que este método permite acercarse al juego de intersubjetividades, haciendo uso de la memoria del sujeto, es un proceso dinámico, complejo, selectivo, donde hace su aparición el hombre común como protagonista.

El método biográfico plantea el uso de las narraciones biográficas o relatos de vida de los participantes, quienes narran sus experiencias de algún tema en específico durante alguna etapa de sus vidas. En ese sentido, se pretende usar este método para que las mujeres con problemas de sobrepeso y obesidad narren sus experiencias con respecto a sus significados del cuidado de sí en salud: el yo y el cuerpo (imagen corporal), el yo y las prácticas de autocuidado (alimentación,

actividad física y asistencia a las instituciones de salud), y el yo y el cuidado de los otros (cuidado de hijos y/o familiares).

El método se compone mediante de una serie de entrevistas donde los sujetos relatan narraciones parciales mediante etapas, ya sea infancia, adolescencia, en etapas escolares, sanitarias y laborales, puede ser de un caso o de varios casos, puede ser familias o un grupo sociales. Es también un método que da voz a los destinatarios de las políticas sociales como la salud, de lo que las instituciones no dicen u ocultan (Meneses y Cano, 2008), como es el caso de las creencias, saberes y significados de los destinatarios de políticas de salud, los cuales no son tomados en cuenta en el diseño y ejecución de los programas promoción a la salud nutricional. En tal caso, esta investigación se posiciona en esta perspectiva metodológica porque ofrece un escenario amplio para dar voz a las mujeres, desde los significados que les dan a sus propias acciones enmarcados y contruidos en escenarios socioeconómicos y culturales determinados.

Esta visión permite centrar la mirada en las desigualdades sociales en cuanto a la salud individual y colectiva, como los estilos de vida contruidos en sus diferenciaciones de género, el acceso a los servicios de salud y los roles contruidos socialmente como cuidadoras de otros. Para ello, esta investigación cualitativa, desde la mirada de las reconstrucciones biográficas, según Pujada (1992) ofrece una visión de incorporación de elementos intersubjetivos presentes en la investigación, por lo que permite no solamente escuchar a las personas, sino reconocer los contextos sociales, políticos, económicos, educativos y culturales en donde fueron contruidos. Es decir, permite que el investigador comprende el contexto en donde fueron contruidos esos significados sociales que dan pie a ciertas prácticas.

Se precisa entonces, que, en el estudio de los significados del cuidado de sí en salud, se destaca la incorporación de la mirada del género desde una perspectiva constructivista, por los

vínculos estrechos entre el cuidado para sí y la alteridad en contextos cotidianos, puesto que las mujeres con problemas de sobrepeso y obesidad mantienen una construcción social del cuidado de otros atribuyéndose mayor responsabilidad, y que vienen a traer consecuencias en la salud individual. Por lo que la salud de las mujeres, desde un enfoque de investigación que involucra las subjetividades en cuanto al género, permite reconocer de qué manera impactan las desigualdades en las estrategias de autocuidado, en las formas de enfrentar la enfermedad y sobre todo el sentido que las mujeres le dan a sus prácticas de cuidado y las alternativas de que se puedan presentar para mejorar la salud de sus cuerpos o modos de transmitir la visibilidad (Passerino,2019).

Lo biográfico es coherente con el objeto de estudio del cuidado de sí en salud en mujeres porque este permite prestar atención al carácter dialógico, intersubjetivo de las mujeres, además de comprender los posicionamientos, las formas de experiencia, la condición de la enfermedad y las formas de autocuidarse (Passerino,2019). Por lo tanto, este estudio utilizó el método biográfico, donde se implementaron actividades de recogida de la experiencia y de la naturaleza reflexiva, bajo una serie de entrevistas conversacionales y la observación de cerca.

El método biográfico se caracteriza por emplear relatos de vida, el cual tiene una orientación más técnica, suele utilizarlos con una mirada orientada y situada en marco conceptual, ético y epistemológico (Cornejo, et al., 2008). En este caso desde una mirada constructivista, donde el papel de los sujetos sociales son participantes de la historia reconstruida por el investigador. Son narraciones escritas u orales, usando las técnicas de la entrevista u observaciones de cerca, suele emplear otros documentos, como historiales clínicos, fotografías, otros testimonios que corroboran o amplíen la información recogida (Menesses y Cano, 2008).

Los relatos se caracterizan por ser narraciones biográficas específicas, es decir, centradas en algún aspecto de la vida experiencia de un momento particular. Es decir, son “construcciones,

versiones de la historia que un narrador relata a un narratorio particular, en un momento particular de su vida. En este sentido, la narración que un sujeto haga estará irremediamente afectada por influencias contextuales actuales, tanto de la vida del narrador como la del narratorio (Cornejo, et al., 2008).

Para revisar la construcción de significados sociales del cuidado de sí en salud de mujeres adultas con sobrepeso y obesidad se trabajó desde la modalidad de los relatos de vida, los cuales permitirán explorar sucesos en alguna de las etapas de vida, donde presentaron eventos u experiencias en sus contextos familiares, escolares y laborales en cuanto a su imagen corporal, acontecimientos en cuanto a la salud individual, que involucra su alimentación, las dietas, la actividad física, la asistencia a las instituciones de salud, las dificultades en el cuidado personal y su relación con el cuidado de sus hijos, esposo o algún familiar.

Los relatos de vida es una modalidad del método biográfico, utilizados de acuerdo con el interés del investigador o quien requiere recuperar parte de las experiencias vividas de las personas para algún fin. Se les conoce como relatos de vida paralelos refiriéndose a trayectorias de vida que han transcurrido sin tener algún vínculo entre sí (Pujadas, 1992), es decir sin vínculos familiares y de relación pero que hayan pasado por la misma experiencia.

3.1.2 Técnicas de investigación.

Para la implementación de los relatos de vida, se utilizó la entrevista abierta a profundidad. Esta posee tres elementos característicos: se trata de entrevistas en profundidad abiertas; se debe de apoyar con cartas, fotografías, diarios personales, expedientes, entre otros. El investigador debe de tener a la mano transcritas las entrevistas anteriores, sistematizadas en tres aspectos: literal, temático, cronológico y por personas (Pujadas, 2000).

La cantidad de entrevistas a profundidad en los relatos de vida, dependen de la fluidez del diálogo con los entrevistados; en el proceso se plantearon preguntas claves que permitieron a las mujeres ampliar sus respuestas, y mediante el desarrollo de la entrevista se emplearon nuevas preguntas, dependiendo la fluidez y respuesta de los y las entrevistadas. De acuerdo con Vela (2008), la entrevista a profundidad se caracteriza por ser una conversación más libre, con cierto grado de dirección por parte del entrevistador, el cual lanza varias preguntas claves que permiten que el entrevistado conteste de manera libre sin interrupciones.

Para aplicación de las entrevistas se tomaron en cuenta las preguntas de investigación plasmadas en un guion de entrevistas en los siguientes ejes temáticos: género, roles de género, cuidado de sí en salud, imagen corporal, alimentación, ejercicio físico, asistencia a las instituciones de salud y el cuidado de otros. El guion de entrevista utilizado fue abierto, considerando las recomendaciones de Millimci y Giménez (2006), quienes mencionan que es utilizado al interés del investigador, el cual ofrece una forma de tener en cuenta aspectos diacrónicos del relato de vida, una guía de categorías y preguntas claves que permitan ir guiando la entrevistas.

Otra de las técnicas manejadas fue la observación, es cual es un elemento central en los investigadores cualitativos, ésta se utiliza para dar cuenta y analizar los contextos sociales. Es también utilizada en las historias de vida o relatos de vida, según Güereca (2016)

En la historia de vida de rango focalizado se interesa en analizar la participación de las personas en el contexto social de determinado problema o proceso social. En este sentido, observar no es ver indiscriminadamente algo. La observación implica intención de encontrar y recuperar información valiosa para la investigación. Por ello se seleccionan un lugar, un

contexto y personas a partir de categorías analíticas que responden a la pregunta ¿qué se quiere observar? (p.135)

El tipo de observación utilizada en el método biográfico es la no participante o directa, se caracteriza porque el investigador tiene lugar en la investigación sin que se integra a la realidad observable (Berenguera, et al., 2014); es decir, sin adentrarse al contacto social donde se desarrolla la persona investigada. En este caso se utilizó este tipo de observación, la cual permitió la observación del contexto donde se aplicó la entrevista, ya que los escenarios de aplicación fueron los hogares e institución de salud UNEME EC, se observaron expresiones y movimientos de las entrevistadas, así como datos significativos y de relación con su situación social y emocional de las mujeres en cuanto al cuidado de la salud.

Para desarrollar la observación directa se tomaron en cuenta las aportaciones de Güereca (2016) quien hace mención que es necesario hacer de su conocimiento a los participantes el uso de la observación y los registros de ellas en un cuaderno o bloc de notas, conocido como diario de campo, el cual es utilizado como una herramienta para anotar datos producidos durante la estadía en el campo y fuera de él. Según Schittini y Cortazzo (2015) en el diario de campo se registra absolutamente todo lo que sucede en el trabajo de campo, es el insumo más importante para el análisis.

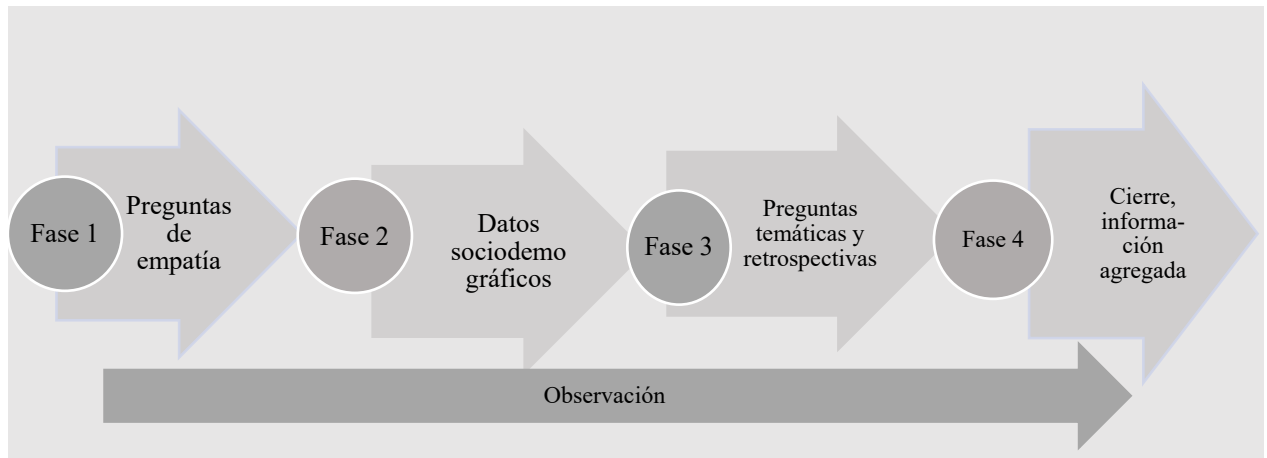
Se utilizó como dispositivo electrónico el teléfono celular, específicamente la aplicación del grabador de voz, el cual permitió captar las conversaciones de las participantes de las entrevistas, mismo que se utilizó para la transcripción en documentos de Word. También se emplearon archivos auxiliares consistentes en historial clínico de las mujeres resguardados en el Departamento de Trabajo Social de la Unidad Médica de Especialización de Enfermedades Crónicas (UNEME, EC, Toledo Corro).

El procedimiento que se llevó a cabo en la aplicación de las técnicas se organizó en cuatro fases: la primera fue de presentación, conversación de la vida cotidiana con el objetivo de establecer la empatía y lectura del consentimiento informado; la segunda fase fue la aplicación de preguntas sociodemográficas en la idea de conocer las características de las mujeres sujetas de estudio; la tercera fase fue la aplicación de las preguntas que hacen referencias a los ejes temáticos planteados en el guion de la entrevista, destacando que en cada bloque de cuestionamientos se planteó una pregunta con referencia a experiencias vividas en etapas previas, en la idea de recuperar las formas de cómo se apropiaron de los significados del cuidado de sí en salud las mujeres, y por último, la etapa de cierre de la entrevista, donde se hace un comentario de fin de las preguntas abriendo la posibilidad de agregar alguna información extra con respecto a los temas abordados.

En la cuarta fase de la aplicación, se realizó un agradecimiento y firma del consentimiento informado. Se destaca que en todo momento se desarrolló la técnica de la observación participante, donde se rescataron datos de convivencia con familiares, situación socioeconómica del hogar, dinámica de las mujeres, y algunas contradicciones en sus discursos con respecto a la información observada.

Figura 1.

Proceso de aplicación de las entrevistas a profundidad desde los relatos de vida y la observación directa.



Fuente: elaboración propia (2023).

3.2 Escenario de Estudio

Para el desarrollo de la investigación cualitativa uno de los aspectos que no se deben dejar de lado es el escenario donde se realizó el estudio, el cual debe ser parte de la vida de los sujetos, asimismo, es parte de la naturaleza del proceso metodológico, ya que la información recabada se desarrolla en contextos cotidianos con un acercamiento constante al objeto de estudio. Según Quintana (2006) una etapa previa a la recogida de datos es la fase de mapeo o *mapping*, cuyo propósito es situarse en el escenario en el cual se desarrollará la investigación en la idea de lograr un acercamiento a la realidad e identificar a los participantes del estudio, en eventos o situaciones donde interactúan, tiempos, lugar de las acciones.

El escenario se convierte en una pieza clave para el desarrollo de la investigación, específicamente en la recaudación de información elemental y relevante que caracteriza a los actores participantes; cuando su principal objetivo es abordar los significados y la valoración de la vida cotidiana como un espacio propio para la producción de conocimiento, el escenario de estudio

se convierte también en objeto de conocimiento, pues es el espacio donde interactúan el objeto-sujeto de estudio, ya que este permitirá considerar simultáneamente lo socioestructural, como los modos de vida y el simbolismo que lo rodea (Villegas y González, 2011).

En el caso de esta investigación, el escenario de estudio fue la Unidad Médica de Especialización de Enfermedades Crónicas (UNEME EC, Toledo Corro), donde se estableció contacto y un acercamiento permanente para conocer y ubicar al objeto de estudio. La institución está ubicada en la colonia Antonio Toledo Corro, calle Mina de Guanaceví, sin número, código postal 80296, en la ciudad de Culiacán de Rosales, municipio de Culiacán Sinaloa, el teléfono de contacto es el 6671473429, con atención al público de horario de 8:00 am-2:00 pm, tiempo de servicio de la institución. La ubicación territorial de la colonia donde se encuentra instalada la institución, es considerada un espacio estratégico para la atención a las y los destinatarios que viven en la zona sur del municipio de Culiacán (ver figura)

Figura 2.

Mapa de ubicación: UNEME EC. Antonio Toledo Corro



Fuente: adaptado de Google maps (2023).

La Unidad Médica de Especialización de Enfermedades crónicas (UNEME EC) de la Colonia Lombardo Toledano, tiene como destinatarios pacientes con enfermedades crónicas, tales como diabetes, hipertensión y sobrepeso u obesidad, algunos referidos por los Centros de Salud, brinda atención integral a sus pacientes: atención proactiva basada en las necesidades de la población, con énfasis anticipativo, continua, brinda un trabajo multidisciplinario y brinda atención por los profesionales de la salud busquen incorporar en sus pacientes el autocuidado y la corresponsabilidad (Secretaría de Salud, 2011).

Las actividades que realizan las UNEME EC, se dividen en acciones preventivas y de atención al paciente, donde el equipo interdisciplinario que se compone por Trabajo Social, psicología, enfermería, nutrición y médico, atienden al paciente durante su tratamiento por un año, así también desarrollan actividades preventivas a la comunidad, formando grupos de ayuda mutua dentro y fuera de la institución con los siguientes servicios: nutrición, exámenes médicos y talleres de alimentación saludable (UNEME EC, Toledo Corro).

3.2.1 Acceso al campo

Uno de los principales problemas de los investigadores es el acceso a los datos, por lo que los expertos sugieren la inmersión al campo por medio de las relaciones informales, como por ejemplo amigo o conocido de la comunidad o instituciones, este se convierte en un portero y es quien te abre las puertas para el acceso a campo (Hammersley y Atkinson, 1994). En ese sentido, la entrada a la UNEME EC como campo de investigación, se desarrolló por medio de conocidos o relación de trabajo con la profesional de Trabajo Social, quien laboran en esta institución.

Sin embargo, para una formalidad al trabajo de la recolección de datos se firmó un convenio de colaboración con una solicitud previa de acceso al campo, por parte del programa de posgrado en Trabajo Social Culiacán de la Universidad Autónoma de Sinaloa; posteriormente, la entrada se

desarrolló mediante la solicitud formal dirigida a la coordinación de la institución con atención al departamento de Trabajo Social, quien permitió en un primer momento el acceso a la información institucional de programas, reglamentos, funciones y datos de las pacientes que son atendidos por medio de citas de manera periódica por el tiempo que dura el tratamiento, y la información de la funcionalidad de los programas.

La estrategia para el primer acercamiento a los pacientes y detectar aquellas posibles informantes claves se desarrolló de la siguiente manera: la asistencia a la institución desde la 7 am, cuando los pacientes hacen fila para ser atendidos en un horario de 8:00 am a 1:00 pm, ya que no hay espacios de tiempo disponible durante su estancia en la institución. En esta etapa se estableció el primer contacto con dos participantes, entablando conversaciones de *rapport*, donde se dio la apertura para la aplicación de una entrevista fuera del horario de consulta, y en un espacio más adecuado para la entrevista ya sea casa, café o restaurante.

Otras estrategias utilizadas en los casos de mujeres referidas por el departamento de Trabajo Social, fue que cumplieran con los criterios de inclusión y que además consideraran estar dispuestas a conceder la entrevista, para ello se proporcionaron, nombre, teléfono, dirección y características personales de las mujeres; se hizo el contacto previo a la entrevista vía telefónica y se acudió a su domicilio para su aplicación con una duración de una a dos horas.

3.2.2 Participantes del Estudio

La muestra es considerada de suma importancia para un desarrollo adecuado de la investigación, es reconocida como el grupo o población de estudio, se utiliza para ahorrar u optimizar tiempo y recursos, el cual requiere delimitar criterios de inclusión y de exclusión. En este caso, del universo de 215 mujeres que asisten a la UNEME EC, se seleccionó la muestra por

saturación de datos de 7 mujeres que en sus relatos presentaron datos suficientes de cada una de las categorías planteadas.

Los criterios de inclusión que se emplearon fueron los siguientes: mujeres adultas de 30 a 60 años, con características de sobrepeso y obesidad, que son atendidas por las Unidades Especializaciones Médicas de enfermedades Crónicas (UNEME EC, Toledo Corro), tener un historial clínico que muestren dificultades en el apego al tratamiento, como la pérdida de peso. Además, mujeres adultas que estuvieran dispuestas a participar en el estudio y cómo único criterio de exclusión, fue que no fueran dependientes; es decir, que requieren ser cuidadas por otros con respecto a la salud.

La selección fue de forma intencionada, reconocida, según Ruiz (1999) como aquella muestra en donde los sujetos no son elegidos al azar, sino con criterios de inclusión, y la selección de los sujetos de la muestra depende de los parámetros a juicio del investigador. Esta técnica permitió la selección de la muestra con mayor control con respecto a las mujeres que son atendidas por UNEME EC, Toledo Corro.

3.3 Consideraciones Éticas

La investigación cualitativa está involucrada en dilemas éticos convencionales, por lo que requiere de una constante reflexión sobre las consideraciones éticas en la ciencia. Una de las principales consideraciones éticas presentes en la investigación cualitativa, que además comparte con otras ciencias, es no desarrollar conductas antiéticas que pongan en riesgo la integridad de la ciencia, el investigador y los sujetos participantes (González, 2002). A diferencia de otras ciencias, la investigación cualitativa reconoce la individualidad de los sujetos participantes como parte del método, ello implica ideologías, identidades, juicios, prejuicios, elementos de la cultura y también

forman parte de su publicación y divulgación, por lo que sus implicaciones o falta en algunos de los principios tiene grandes consecuencias.

Por lo que requiere de una reflexión constante con los principios éticos y valores de la investigación, como la autonomía, la valoración científica, la validez, selección de los sujetos participantes, proporción favorable de riesgo-beneficio, condiciones de diálogo auténtico, consentimiento informado y respeto a los sujetos inscritos (González, 2002). En esta investigación se consideraron esos principios éticos de la ciencia, así como de las sujetas participantes, se trabajó de manera autónoma consensuado con la institución, puesto que ya se tenía la aceptación por los directivos de la UNEME EC, Toledo Corro en Culiacán, Sinaloa.

Por lo tanto, por ser una Institución de salud y los participantes de estudio son parte sus usuarios, se consideraron las recomendaciones éticas que presenta el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud,

Título segundo. De los aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. Cap. 13.

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Fracc V.

Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señala. (Secretaría General Parlamentaria, 2014, p.5)

Para la aplicación del consentimiento informado se les leyó a las participantes la información plasmada en el consentimiento informado, el cual se les sugirió contestar, si estaban de acuerdo y quisieran firma al inicio o término de la entrevista. El consentimiento informado se aplicó en la idea de que se dejara constancia del permiso por parte de las mujeres que fueron parte de la investigación, así como su aval para su publicación y registro. El consentimiento incluyó

cláusulas de confidencialidad y derechos personales de privacidad, se firma cuando el sujeto participante se encuentra debidamente informado y capacitado de los beneficios o consecuencias en una investigación (González, 2002) por lo tanto, se asegurará de resguardar los nombres y datos personales de las participantes.

3.4 Procedimientos Realizados para el Análisis de los Datos

En la investigación cualitativa, se reconoce que el investigador tiene que utilizar una serie de métodos y estrategias para analizar los datos recopilados (Denzin y Lincoln, 1994), por lo que el procedimiento para el análisis de los datos cualitativos debe ser cuidadoso y detallado para poder identificar y comprender significados con sentido, códigos, categorías que den respuesta a las preguntas, objetivos y supuestos planteados. Strauss y Corbin (1998) argumentan que la información que se presenta es amplia, por lo que se debe de archivar, revisar, pre-codificar, codificar, cortar, agregar, examinar y considerar como estrategias para arribar de manera correcta al apartado de la presentación de los resultados de una investigación.

La estrategia para la organización de los datos fue desde las aportaciones de (Strauss y Corbin, 2002), es decir, la elaboración de citas textuales, códigos abiertos y memos, los códigos se agruparon en familias, donde se agruparon en categorías relacionadas con las teorías, categorías y conceptos del marco teórico. Se comenzó con este procedimiento de análisis con la preparación de los datos obtenidos y la familiarización de ellos, el cual se desarrolló de la siguiente manera: se hizo una transcripción detallada escuchando el grabador de voz donde se encontraba almacenada la información, se plasmaron todos los discursos naturales de las mujeres sujetas de estudio, identificando silencios, alzas de voz, interrupciones, entre otros aspectos, siguiendo las recomendaciones de los códigos de Gail Jefferson's, para posteriormente subirla al software de Atlas Ti novena edición, el cual es una herramienta para el análisis.

Los códigos consisten en una serie de símbolos que permiten registrar en un texto escrito información no verbal, paraverbal y contextual en situaciones de interacción, se destacan los siguientes: puntos (.), comas (,) signos de preguntas (?), signos de preguntas cursivas (?), cursivas, puntos suspensivos, comillas, subrayados, apóstrofes, guiones, paréntesis y corchetes (Jeferson's, como se citó en Bassi, 2015). De esta manera se codificaron los párrafos de texto transcritos, logrando así una interpretación amplia de los discursos de las mujeres sujetas de estudio, los cuales sirvieron para desarrollar análisis de texto más profundos ya en el procesador de datos Atlas ti.

La transcripción y elaboración de códigos se realizaron poco después de la recogida de la información, ya que se consideraron las recomendaciones de Farías y Montero (2005), quienes hacen mención que las transcripciones deben ser escritas en el plazo más breve posible después de aplicar las entrevistas para que se desarrolle el proceso de codificación y análisis de manera paralela.

Después de haber hecho las transcripciones y codificar los signos de Jeferson's, se inició con la generación de categorías y códigos iniciales retomados del marco teórico e identificados en los textos, en esta fase de la sistematización de los datos, el investigador procede a trabajar preguntas orientadoras, codificaciones abiertas, axiales, selectivas y de proceso donde se desarrolla identificación de frases de los textos, categorizaciones, comentarios, memorándum, asignación de referencias, que le sirven para iniciar el microanálisis de los resultados (Strauss y Corbin, 2012).

Las categorías orientativas que seleccionaron del marco teórico, son las siguientes: cuidado de sí en salud, de ella se desprenden las específicas, como la imagen corporal, las acciones de autocuidado sobre la alimentación, actividad física/ ejercicio físico, atención a la salud, el cuidado de los otros y el género como categoría que atraviesa todo el proceso de construcción del problema de investigación y hasta los resultados de estudio, ya que esta es una categoría general que se

visibiliza en cada acción del sujeto desde los estereotipos y roles de género, así mismo se trasverzalizan las experiencias de vida de las mujeres que llevaron a la construcción de los significados de todas las categorías de análisis.

El proceso analítico se desarrolló bajo el análisis temático de los relatos de vida, conocido como “un estudio de los temas y aspectos narrados, según el significado que le otorga el biógrafo/ investigador” (Rosenthal, 1993, como se citó en Bolívar, el alt, 2001, p 2004). Este se caracteriza por el papel que juega el investigador, este debe de conjuntar los acontecimientos/eventos, a veces atomístico en una secuencia interrelacionada de temas.

Se compone de 5 pasos; 1) Análisis de datos biográficos: se hace la cronología de la historia de vida narrada, 2) Análisis temático del campo: forma y estructura del relato de vida, según temas ordenados temporalmente, se organizan en acontecimiento en el tiempo, argumentaciones y perspectivas actuales. 3) Reconstrucción de la historia biográfica: se reconstruye el significado de la perspectiva del pasado y de las experiencias que han sucedido en el tiempo. 4) Microanálisis de segmentos de texto individuales: las hipótesis son contrastadas y apoyadas mediante el análisis de segmentos de textos, 5) Comparación contrastada entre el relato narrativo y la biografía: contrastar las interpretaciones realizadas con el sentido contextual de los relatos (Rosenthal, 1993, como se citó en Bolívar, el alt, 2001).

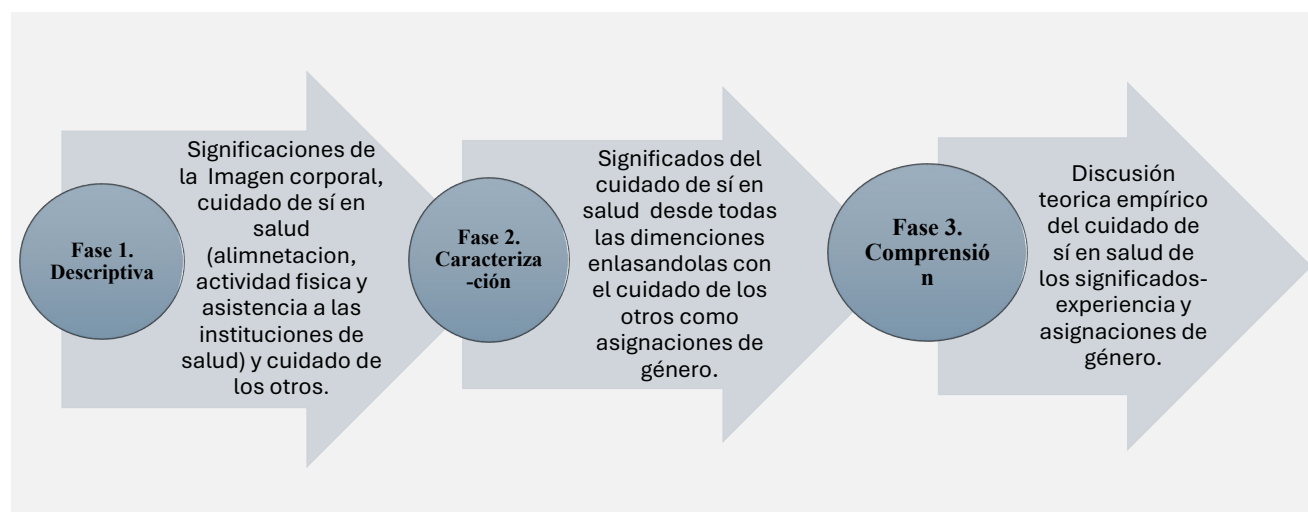
El análisis se trabajó y se presentó en tres momentos o fases que mostraran los resultados que dan respuesta a las preguntas, objetivos y supuestos de investigación de manera paulatina durante todo el apartado de los resultados, este se representa de la siguiente manera: las fases se caracterizan según la intención de los objetivos planteados, primeramente, se realizó una descripción de los significados identificando aquellos de mayor relevancia que contestan las preguntas y argumentos en el apartado de la construcción del objeto de estudio. La segunda fase

se caracterizaron los significados en cuanto al cuidado de los otros y las acciones de autocuidado incluyendo la categoría de las asignaciones de género, lo que arrojó elementos importantes para desarrollar la siguiente fase del proceso de análisis de la investigación.

La tercera fase y la última se trabajó en la reconstrucción de los relatos de vida presentando su biografía, se identificaron los relatos de vida por categoría y tiempo, se trabajó un microanálisis individual y comparaciones por relatos según los temas y se cerró el apartado presentando una construcción de las trayectorias de manera conjunta presentando un diagrama donde se plasma el proceso de construcción social del cuidado de sí en salud de las mujeres con sobrepeso y obesidad, destacando que en la última fase donde se alcanza la comprensión total del fenómeno, se logró interpretar y comprender el proceso de construcción de los significados del cuidado de sí en salud de las mujeres, incluyendo todas las categorías y subcategorías de estudio, dando respuesta a los supuestos y premisas teóricas planteadas al inicio de la investigación, así como las conclusiones a las que se llegaron, posterior a la fase de análisis, como se observa a continuación.

Figura 3.

Proceso de análisis de los resultados



Fuente: elaboración propia (2024).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado se presentan los primeros hallazgos del procesamiento de los datos obtenidos en la fase de aplicación de las entrevistas a profundidad. Los hallazgos se presentan de manera sintetizada y organizada de tal manera que se logren contestar las preguntas, objetivos específicos, general y supuestos teóricos. El apartado se divide en cuatro etapas: en la primera se presenta una caracterización de las sujetas de estudio en un cuadro de datos sociodemográficos; en la segunda etapa las significaciones sociales de las mujeres con respecto al cuidado de sí en salud, desde las subcategorías de la imagen corporal, las acciones de autocuidado como la alimentación, actividad física, asistencia en las instituciones de salud, el cuidado de los otros; la tercera se presenta una descripción detallada sobre los significados sociales del cuidado de sí, alimentación, actividad física, asistencia en las instituciones de salud desde el rol de cuidadoras de otros.

La cuarta presentará la forma de cómo se fueron construyendo los significados sobre el cuidado de sí en salud recuperados desde las experiencias de vida, específicamente aquellos acontecimientos que relataron las mujeres con respecto al cuidado de sí mismo y su relación con la imagen corporal, alimentación y la búsqueda de la atención a la salud, identificando su relación con la categoría de género, específicamente los estereotipos y roles. Se presentarán otros hallazgos identificados de mayor relevancia cerrando el apartado de resultados y una aproximación de conclusión del proyecto de tesis.

4.1 Caracterización de las Sujetas de Estudio

Existen datos sociales y demográficos que deben estar presente en el análisis de los resultados, se considera una fase importante para la comprensión de la construcción de los significados de las mujeres con problemas de sobrepeso y obesidad, ya que existen características de edad, género, estado civil, ocupación, tipos de familia, nivel de estudios, seguridad social y

enfermedades que tienen las mujeres, los cuales se ven como factores que están presentes en el proceso de construcción de significados del cuidado de sí en salud. Las características sociodemográficas de las mujeres son las siguientes.

Tabla 1.

Características sociodemográficas

N°	Edad	Estado Civil	Residencia	Ocupación	Tipo de familia	Nivel de estudios	Seguridad social	Enfermedades
1	45	Casada	Culiacán	Costurera y ama de casa	Nuclear	Secundaria	IMSS	Sobrepeso y diabetes 2
2	59	Unión libre	Culiacán	ama de casa	Nido vacío	Primaria	SSA	obesidad y diabetes 2
3	47	Unión Libre	Culiacán	Comerciante y ama de casa	Extendida	Secundaria	SSA	Obesidad y menopausia
4	39	Casada	Culiacán	Comerciante y ama de casa	Extendida	Secundaria	SSA	Sobrepeso, hipertensión y diabetes 2
5	34	Soltera con hijos	Culiacán	Comerciante y ama de casa	Extendida	Secundaria	SSA	Obesidad y diabetes 2
6	42	Casada	Culiacán	Comerciante y ama de casa	Nuclear	Preparatoria	SSA	Obesidad, hipertensión y diabetes
7	59	Viuda sin hijos por decisión propia	Culiacán	Desempleada	Unipersonal	Tec. en Trabajo Social, preparatoria y carrera trunca de derecho	SSA	Obesidad

Fuente: elaboración propia (2024).

Las características de las mujeres sujetas de estudio se destacan principalmente por ser mujeres de edades de 34 a 59 años, el estado civil que predomina es casadas y en unión libre, solamente dos mujeres no tienen pareja y solo una no tiene hijos/ hijas. El lugar de residencia en colonias populares pertenecientes a la ciudad de Culiacán Sinaloa, su ocupación principal el trabajo doméstico, comerciantes y sin empleo; las familias a las que pertenecen son extensas y nucleares, vive con su pareja, hijos fuera del hogar y solamente una vive sola: los estudios con los que cuentan principalmente son la primaria, secundaria y preparatoria, otra con carrera técnica, carrera trunca, y la mayoría no cuenta con seguridad social.

4.1.1 Perfiles de las Mujeres Sujetas de Estudio

Cristina

Cristina es una mujer casada, de 45 años, es madre de hijos adolescentes y jóvenes, su ocupación principal es ser costurera y ama de casa, se hace cargo de la crianza de sus hijos, su pareja la mayoría del tiempo pasa fuera de la ciudad trabajando, tiene 2 hermanas mayores con las que posee comunicación y cuida de su madre adulta mayor. Desde pequeña vivió con su familia nuclear en una comunidad cerca de la ciudad de Culiacán, donde estudió la educación básica y al casarse se trasladó a vivir a la ciudad. Su infancia la vivió acompañada de sus hermanas con los cuidados de manera excesiva por parte de la madre, quien recuerda que su mamá no las dejaba jugar con niños de su edad o más grandes, situación que en la edad adulta cuestiona y busca entender a su madre de esta actuación.

Con respecto a la alimentación, ella recuerda el encuentro con comidas que su mamá les elaboraba de manera frecuente, pero que hoy son consideradas comidas no saludables, como lo es el chorizo con huevo y las bebidas azucaradas hechas con polvos artificiales de la marca Kool Aid. No tiene recuerdos en cuanto a que sus padres le hayan enseñado el cuidado de su salud con

respecto a lo que debía comer o evitar, pero recuerda que sus padres sí platicaban de su enfermedad, pero nunca se dio cuenta cuáles son las enfermedades que padecían, solo recuerda que asistía al médico cuando le daban altas temperaturas.

En la adultez se dio cuenta que tenía diabetes, igual que su padre, quien ya falleció, y el tener un encuentro con la enfermedad la ha llevado a buscar cambios en los hábitos alimentarios y desarrollar ejercicio de manera frecuente. Este deseo de mejorar su salud ha provocado en ella emociones, sensaciones de estrés y ansiedad porque no ha logrado hacer cambios en su alimentación y reducir su peso, destacando que la principal función que la limita son los roles de cuidados de los hijos y madre enferma, así como su trabajo de costurera, el cual tiene establecido en su hogar (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

María

Mujer de 57 años, vive en unión libre con un adulto mayor de 70 años; su casa es de renta, en la colonia Lázaro Cárdenas en Culiacán Sinaloa, es ama de casa. Tanto su pareja como ella tiene hijos y nietos de su anterior pareja; sus hijos viven en ciudades distintas del país. María es originaria de Guadalajara, donde vivió su infancia, adolescencia, juventud y parte de su etapa adulta. Fue nacida en una comunidad de la sierra de Jalisco, donde vivía en situación de pobreza con sus padres, sus nueve hermanos y hermanas, recuerda que sus padres les asignaban roles de cuidado de hermanos pequeños y el trabajo doméstico asignado solo a las mujeres, pero que eran parejos en acarrear agua del pozo para el consumo familiar y el trabajo en el campo, el cual era su principal fuente de ingreso. Ella recuerda que apenas les alcanzaba para comer incluso narra que en ocasiones asistían a la escuela sin comer.

Se unió con el padre de sus 4 hijos e hijas en su etapa de adolescencia y a la edad de los 22 años, su pareja emigró a los Estados Unidos y la abandonó, dejándola con la responsabilidad del

cuidado y manutención de sus hijos. Hizo referencia a que vivió en pobreza extrema, al grado de no tener para comer y mucho menos pensar en cuidar su cuerpo y su salud, menciona que nunca se unió en pareja hasta que sacó a sus hijos e hijas adelante y al quedarse el nido vacío, decidió unirse con su actual pareja.

Con respecto al acercamiento a los cuidados con respecto a la alimentación, María hizo referencia que en la niñez y adolescencia solo comían frijol, arroz, una que otra vez comían pollo y carne. Recuerda que solo comían tortilla con sal, a veces no tenían que comer durante días. Su juventud y adultez temprana solo trabajó para sobrevivencia de sus hijos e hijas e incluso una lata pequeña de media crema la hacía alcanzar para que comieran, quedando en muchas ocasiones ella sin comer.

En la etapa adulta, cuando sus hijas e hijas empezaron a trabajar, fue cuando pudo comer mejor, así como preocuparse por los cuidados de la piel, empezó a usar cremas, el shampoo para el cabello, así como usar ropa en buen estado. Actualmente está disfrutando estar en su casa y descansar, solo se preocupa por hacer la comida, cuidar a su pareja y cuidarse ella misma, quiere estar bien de salud tanto de manera interna y externa, empieza asistir al dermatólogo por manchas surgidas en sus etapas pasadas, asiste a la estética, camina en el parque, compró una caminadora para hacer ejercicio constante, mira televisión con cable y menciona que disfruta comer de todo. Se le dificulta dejar la coca cola, pues es una bebida que se acostumbró a consumir, la cual se usa mucho en las fiestas de sus hijas e hijos y familiares.

Le diagnosticaron diabetes mellitus 2 hace nueve meses, fue una noticia fuerte para ella, no se lo esperaba, al grado del rechazo de la insulina por no creer que su enfermedad está en etapa avanzada. Este suceso le llevó a apegarse al tratamiento y al cambio de hábitos alimentarios,

establecer rutinas de ejercicio constante, redujo el peso y los niveles de azúcar en tres meses (E-2, comunicación personal, 9 de marzo del 2023).

Marina

Mujer de 47 años, es madre de una hija y un hijo de distinto matrimonio, actualmente viven en unión libre con su actual pareja, es comerciante y ama de casa. Es originaria de Villa Adolfo López Mateos, El Tamarindo, Sinaloa, donde vivió hasta la secundaria y reside en la ciudad colonia Ampliación Toledo Corro en Culiacán. Su infancia la vivió con sus padres en un ambiente de cuidados y apoyo familiar, hasta que salió de la comunidad para ingresar a trabajar. Se considera una mujer fuerte y trabajadora. Cuando era joven le gustaba vestir a la moda y que le halagaran su cuerpo delgado y en buena forma. Siempre cuidó su figura al grado de dejar de comer.

En la etapa de su juventud tuvo a sus hijos, los cuales no viven con ella, menciona que viven con sus abuelos, pero que han sido un motor de vida y esfuerzo de trabajar al grado de quedar exhausta por ganar bien y ser reconocida. Trabajó en su etapa de juventud y adultez en tiendas Ley, llegó a ser alguien importante, refiere que fue una etapa que se le olvidaba comer por trabajar y eso lo hacía frecuentemente de manera consciente porque le ayudaba a estar delgada, porque su cuerpo era su presentación.

Marina dejó de trabajar por tener una relación estable con su actual pareja, la cual le prometió tomar la administración de un Oxxo. Lo hizo con la mira de mejorar su estabilidad económica porque sus hijos requieren más ayuda ahora que están estudiando; sin embargo, se siente frustrada porque no le fue como esperaba, estableció una tienda de productos domésticos en el domicilio de su actual pareja, la cual hace referencia que la ha llevado a estar incómoda y disgustada, al grado que, desde que empezó la pandemia y se establecieron en el comercio empezó a subir de peso, llevándola a tener actualmente obesidad.

Marina dice tener problemas frecuentes con su pareja y familia, la cual la ha orillado a refugiarse en la comida chatarra que ella misma vende en su establecimiento. Lo hace por ansiedad y coraje, situación en la que actualmente está luchando. Hizo referencia a que asistió a la UNEME EC porque le recomendaron la psicóloga, la cual le ha ayudado a bajar los niveles de ansiedad, y de depresión que está atravesando, producto según ella de la menopausia, el cual ha sido un acontecimiento que se negaba a enfrentar y que su misma negación de la edad, su actual cuerpo y lo que está experimentado la está pasando mal (E-3, comunicación personal, 10 de marzo del 2023).

Alma

Mujer de 39 años, casada con tres hijos, dos hombres y una mujer, tiene sobrepeso, padece de diabetes e hipertensión. Es ama de casa y comerciante junto a su esposo en un negocio familiar de su familia de origen. Se dedican a vender comida chatarra en estanquillos de los parques y malecones en la ciudad de Culiacán. Es residente de la colonia El ranchito. Su familia extensa es de tres hermanas, un hermano y papá, donde todos los miembros de la familia de origen padecen enfermedades de obesidad y diabetes 2, solamente ella es quien no ha llegado a la obesidad. Su madre murió de complicaciones por diabetes debido al inadecuado estilo de vida alimentario y de poca actividad física que practicaba.

Alma, en su niñez y adolescencia, hace mención que asistía a la primaria y secundaria, pero siempre trabajó en el negocio familiar, expresa que ella y sus hermanas se dedicaba a cuidarse ellas mismas y comían lo que su madre a veces alcanzaba a hacerles, pero que la mayoría de las veces comían en el negocio. Alma menciona que su madre las empezó a enseñar que comer a partir de que le diagnosticaron diabetes, el cual fue cuando ella ya estaba más joven.

En su etapa adulta, ella vive preocupada porque le acaban de diagnosticar diabetes, ante lo cual ella creía que no padecía por no estar con obesidad como sus hermanas y hermano, se preocupa por no aumentar de peso y que sus hijos no desarrollen diabetes y cáncer. Ella reconoce que es una enfermedad heredada y que padecían sus antepasados. Hace mención que es en esta etapa cuando empieza a pensar en preocuparse por su salud emocional y física; sin embargo, su preocupación por que sus hijos adolescentes estén bien la lleva a consumir comidas que a ellos les gustan (E-4. Comunicación personal, 12 de junio del 2023).

Perla

Mujer de 34 años, jefa de familia de 2 hijos, hermana de Alma, ella es cuidadora principal de sus hijos y papá quien padece enfermedades del corazón y diabetes, hace mención que su pareja no está y que su hijo más grande trata de tomar el lugar de su padre. Ella vive en la colonia El ranchito de Culiacán Sinaloa y se hace cargo del negocio familiar, la cual consiste en vender comida chatarra junto a sus hermanas en los parques y malecón de la ciudad de Culiacán Sinaloa.

Perla desde pequeña ha sido obesa, el cual en su etapa de la infancia y adolescencia sufrió problemas de violencia verbal hacia su cuerpo, a consecuencia de ello presentó problemas de baja autoestima y depresión. Su acercamiento con la alimentación no fue la adecuada desde niña, puesto que, su madre a veces les cocinaba porque siempre estaba ocupada y ellas hacían lo que podían, principalmente pastas y comprar comida ya preparada o comer de lo que ellas mismas vendían.

En la etapa de la adolescencia y juventud, su madre les llamaba la atención por el consumo de comida chatarra, les daba consejos, pero en la escuela comían lo que ellas querían. Con respecto a su cuerpo fue una etapa muy complicada para ella, porque quería estar delgada como el resto de las chicas de su edad, la cual la llevó a tomar la decisión de no tener fiesta de 15 años, para no interactuar con las demás y no recibir burlas. Muestra además que las principales interacciones

que tuvo en su etapa de preadolescente y adolescencia son con sus maestras, quienes fueron de gran apoyo para aceptar su cuerpo y no ser víctima de *bullying*, que posteriormente la convirtió en victimaria, destacando que en la secundaria ella era quien ejercía violencia hacia los demás.

En la etapa adulta, muestra aceptación de su cuerpo obeso, mostrando que lo acepta siempre y cuando sea sano, al ser diagnosticada con diabetes empezó a buscar las formas de cuidar su alimentación; sin embargo, sufre presión por parte de los hijos y padres en la selección, elaboración y consumo de los alimentos. Tiende a automedicarse y a veces no hacer caso a las indicaciones de los médicos en la toma de medicamentos, esta renuente en hacer ejercicio, puesto que sustituye la actividad física cotidiana que tiene por el ejercicio que debe hacer como prescripción médica (E-5, comunicación personal, 12 de junio del 2023).

Juana

Mujer de 42 años, ama de casa y encargada del negocio familiar, junto con sus hermanas y hermano de la venta de comida chatarra en parques y malecón. Es la hermana mayor de Alma y Perla, tiene 3 hijos, dos adolescentes y un niño de primaria. Ella radica en la colonia Ampliación Toledo Corro en Culiacán Sinaloa, tiene obesidad y diabetes. De las hermanas y hermano fue la primera que le diagnosticaron diabetes, la cual la ha llevado al estar pendiente de su salud y la de sus hermanos de manera constante. En su niñez hace mención que no tuvo mucha comunicación con su mamá, ya que ella trabajaba y ella se hacía cargo de sus hermanos menores.

El acercamiento con la comida chatarra dice que la tuvo desde pequeña, ya que a eso se dedicaban; sin embargo, en la etapa de la juventud y adultez enfrentó con su madre la enfermedad de la diabetes y la muerte por sus complicaciones, especialmente de no cuidarse, acontecimiento que le marcó fuertemente la necesidad de estar monitoreando su enfermedad. El acercamiento a

las instituciones de salud, el conocimiento sobre la enfermedad, las formas de prevenir y cuidarse le ayudado a buscar estrategias de autocuidado, las cuales busca de manera permanente desarrollar.

En la etapa adulta, se siente responsable de cuidar a su esposo, hijos, hermano, padre y hermanas, al grado de estar pendiente de sacar citas y llevarlos al médico. Ella refiere que está luchando de manera constante con sus gustos de la comida y lo que debe de comer, así como también el hacer ejercicio. Esto ha permitido que se interese por buscar estrategias de hacer ejercicio físico, tales como asistencia a los gimnasios, caminatas por el parque. El ir por el hijo a su escuela, asistir a las clases de inglés y derecho, le ha ayudado a sentirse con obligación de cuidarse, amarse, busca constantemente salir con amigas a divertirse, reconociendo que su salud física y mental es importante (E-6, Comunicación personal, 13 de junio del 2023)

Amalia

Mujer de 59 años, viuda sin hijos, actualmente vive sola, pero es cuidadora principal de su madre, en su infancia vivió experiencias de violencia sexual por parte de un familiar, la cual la llevo a tomar la decisión de no tener hijos y enfocarse en el deporte. Estudió Técnico en Trabajo Social y una carrera trunca de derecho, la que la llevó a ser trabajadora social del municipio. Actualmente se encuentra desempleada por despido injustificado según su perspectiva, reside en la colonia Bugambillas de Culiacán Sinaloa. El estilo de alimentación de su niñez siempre fue de acuerdo con la dieta que su mamá originaria de una comunidad le daba. En la etapa de la adolescencia y juventud practicaba deporte de softbol, la cual la llevó a tener una excelente condición física y un cuerpo delgado.

En su juventud se casó; sin embargo, tuvo un fracaso en su matrimonio, la cual la llevó al divorcio y posteriormente a unirse de nuevo a una pareja, la cual hace dos años falleció por complicaciones por diabetes. Un tiempo fue cuidadora directa de su madre, pero por problemas

con sus hermano y madre, decidió separarse y vivir de nuevo en su casa, carece de luz y agua. Amalia actualmente se encuentra desempleada con carencia de alimentos y servicios básicos, se alimenta de la caridad de su hermano menor, de amigos y de la asistencia social.

Al ser diagnosticada con prediabetes y tener obesidad, condición que se le disparó por cuidar a su pareja, al grado de olvidarse totalmente de ella. Al morir su pareja decidió regresar a hacer ejercicio, empezó por asistir al gimnasio y clases de zumba, en sus excesos, el creerse joven según sus narraciones, al hacer ejercicio no adecuados a su edad se lastimó la pierna y actualmente se encuentra incapacitada. Ella refiere no querer permanecer en el grupo de los diabéticos, hace y hará el mayor esfuerzo por reducir su peso, cambiar estilos de vida; sin embargo, ella ve un obstáculo en la mejorar de la salud, por su actual condición física, social y económica (E-7, comunicación personal, 18 de junio del 2023).

4.2 Principales Significaciones Sociales de las Mujeres con Problemas de Sobrepeso y Obesidad sobre el Cuidado de Sí en Salud

A partir de las dimensiones del cuidado de sí en salud, se detallaron los cuestionamientos y objetivos planteados en esta investigación, los cuales se trata de contestar en este apartado de resultados. Referente a la pregunta ¿cuáles son los significados que las mujeres adultas han construidos sobre su imagen corporal, la alimentación, la actividad física y la asistencia a las instituciones de salud? Y del objetivo específico, describir los significados que poseen las mujeres adultas sobre su imagen corporal, alimentación, actividad física y asistencia a las instituciones de salud como formas de cuidar su cuerpo. Se presentan los siguientes resultados.

4.2.1 Significados de la Imagen Corporal de las Mujeres con Sobrepeso y Obesidad

La concepción de la imagen corporal de las mujeres con sobrepeso y obesidad es considerada una construcción mental que se tiene de su propio cuerpo, el cual está sumamente

ligado al cuidado de la salud. Según Foucault (1982) el sujeto tiene una relación directa con el yo, que es su cuerpo, por lo que todo lo que practica con él es parte de su relación. La imagen corporal es una construcción social del cuerpo, se traduce en dos sentidos: un objetivo físico, que lo moldea y lo define, y es la imagen corporal que le da sentido y función a esta construcción, la cual actúa en tres dimensiones: la identidad, la autopercepción y el atractivo sexual que funcionan socialmente (Espeitx, 2006).

Con respecto a ello, las mujeres adultas con problemas de sobrepeso y obesidad presentan significados del cuerpo físico en dos dimensiones; por un lado, lo conciben como su casa, su mundo y le dan un grado de importancia mayor, algo con el que conviven diariamente y les sirve para funcionar en la sociedad, pero que les gustaría cuidarlo mejor. Así mismo, las mujeres hacen referencia a la autopercepción que tienen de su cuerpo con respecto a su problema de obesidad y recuperan la concepción de lo que debe ser un cuerpo para ellas, mismo que debe ser *“un cuerpo bonito, un cuerpazo y que debe de lucir físicamente bien”* En el caso de Marina, el cuerpo es lo más importante, este debe ser delgado, a diferencia de María, que le interesa estar bien de salud internamente.

¡Pues mi cuerpo es lo más importante... eh... pero ahora que estoy así, que, si me siento obesa, sí... antes estaba jovencilla todo el tiempo y haaa heee y hasta, como le pudiera decir, era una formaaaa... me sentíaaaa...!, tenía un cuerpazo, la verdad, siempre tuve yo un muy bonito cuerpo (E-3, comunicación personal, 10 de junio del 2023).

Pues el cuerpo, lo físico, pues en tanto lo físico no....por dentro es lo que más me importa” (E-3, comunicación personal, 9 de marzo de 2023)

Para Alma, el tener un cuerpo físico y sano es lo importante, lo aprendió en las experiencias vividas con su madre diabética. Por otra parte, para Perla y Juana, el cuerpo tiene un significado

de casa, un mundo, es la parte física que alberga el ser, el alma, por lo que es importante para ellas cuidarlo.

Pues algo importante, es algo que físicamente uno se tiene que ver bien, pero, muchas veces, uno no lo hace por el trabajo verdá, pero no, o sea para mí significa mucho, porque principalmente porque mi mamá fue diabética (E-4, comunicación personal, 12 de junio de 2023).

Mi cuerpo es mi casa, si no la cuido, ¿con qué camino? ¿con qué ando? ¿con qué trabajo? ¿con qué me mantengo? Tiene uno que cuidar el cuerpo y la mente, porque si no la cuido uno, pos no uno no puede vivir la vida (E-5, comunicado personal, 12 de junio del 2023).

Pues, como mi mundo (E-6, comunicado personal, 13 de junio del 2023).

De las narraciones de las mujeres, se destaca que las significaciones en cuanto al cuerpo de las mujeres que padecen sobrepeso y obesidad están asociados a la cuestión biológica o física y de salud, pero además están asociados a construcciones mentales del pasado, significados que estuvieron y están actualmente normalizados en la sociedad, como “*un cuerpo bonito*” un “*cuerpazo*” pero además está asociado a experiencias de vida pasadas, tales como “significa mucho, porque principalmente porque mi mamá fue diabética” (E-6, comunicado personal, 13 de junio del 2023) “antes estaba jovencilla todo el tiempo y haaa heee y hasta, como le pudiera decir, era una formaaaa.. me sentiaaaa...!, tenía un cuerpazo, la verdad, siempre tuve yo un muy bonito cuerpo” (E-3, Comunicación personal, 10 de marzo del 2023). Se destaca, que las significaciones están asociadas a los estereotipos del cuerpo femenino en épocas pasadas y actuales en algunas mujeres, pero con una mayor asociación a las cuestiones de aceptación del cuerpo no delgado, sino aceptable para la edad adulta, pero debe ser saludable.

4.2.1.1 Satisfacción y Aceptación de la Imagen Corporal

La satisfacción del cuerpo son aquellas valoraciones con respecto a la apariencia del cuerpo, en la manera en que la viven y la experimentan, así como a valoraciones negativas asociadas a sentimientos de culpabilidad, insatisfacción y satisfacción por el cuerpo (Vaquero y Macazaga, 2014). Autores como (García et al, 2014) también mencionan que está asociada a lo físico, pero están vinculadas a esas valoraciones y actitudes que los individuos asumen de su propio cuerpo, esas valoraciones se traducen en grados de satisfacción de la imagen corporal.

Con respecto a esas valoraciones o actitudes que se tienen en cuanto al cuerpo, las mujeres con sobrepeso y obesidad de manera constante se enfrentan a actitudes de negativas con respecto a su cuerpo, se concibe además una sociedad donde existe una normalización de que las mujeres sobrepeso y obesidad están insatisfechas con su cuerpo y son muy pocas las que han aceptado su cuerpo físico. Por lo que el análisis de este apartado está orientado a descubrir aquellas insatisfacciones o satisfacciones que tienen las mujeres de su propio cuerpo y su relación con la salud (Valenzuela y Meléndez, 2019).

Para ello se menciona que desde las narrativas de las mujeres sujetas de estudio se rescatan valoraciones como *“si me gusta” “en cuanto a lo físico no” “no me gusta” “si me quiero como soy”* las narraciones muestran que existe una variabilidad en lo que se refiere a la satisfacción de la imagen corporal de las mujeres con sobrepeso y obesidad. De lo que expresaron, se destaca el discurso de Marina, quien menciona que no les gusta su cuerpo obeso y le causa problemas de depresión, a diferencia de María, quien muestra aceptación por su cuerpo, pero que si le preocupa el estado de enfermedad en la que se encuentra:

Si me gusta, pues yo no, en cuanto a lo físico no, por dentro, si me mortifica lo que tengo mi enfermedad, pero en cuanto lo físico no, no soy acomplejada por ese lado (E-2, comunicación personal, 9 de marzo del 2023).

Ahhhh, nooo, no me gusta tener sobrepeso, nooo, me entra mucha depresión, ahorita, estar gorda, es mmm, me entra depresión, no me gusta mi cuerpo, no me gusta (E-3, comunicación personal, 10 de junio del 2023).

Al contrario de Marina, Juana en sus narrativas menciona que está conforme con su cuerpo obeso, el cual ha aprendido quererle, pero si anhela estar mejor, refiriéndose tanto a lo físico como de enfermedad.

Sí me quiero, me quiero como soy, me quiero como soy, pero si quisiera estar mejor para sentirme mejor (E-6, comunicación personal, 13 de junio de 2023).

Con respecto a la satisfacción del cuerpo muestran grados de aceptación o conformidad de alguna de las partes del cuerpo que no son de su agrado, esto demuestra que han trabajado subjetivamente en su aceptación a pesar de que tienen una complexión no aceptada por la sociedad, pero es la que ellas tienen. En el caso de Cristina, quien hace mención que se ella acepta su estatura, y el cual ha sido objeto de burlas, pero que ha aprendido a no darle importancia (ver narración).

Ah ¡no!... sí..., pero como le digo no me acomplejo mucho, que, por mi tamaño, que porque, primero me decían que por chaparrita y aparte no soy la única en el mundo, digo yo, uno no es perfecto, pero no, no le tome mucha importancia (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

De la misma manera Perla, quien fue obesa desde la infancia, aprendió aceptar su cuerpo obeso ya en la etapa adulta y tiene un significado para ella diferente, el cual considera que el mantenerlo con salud es lo más importante, no tanto la cantidad de masa corporal que tenga.

Pues yo siempre he sido gordita a comparación de mis hermanas, porque mis hermanas casi todas son delgadas, nomás yo y otra hermana que tengo hemos sido siempre gorditas, así que no nunca me he sentido mal por ello, al contrario, o sea, me he aceptado porque así nací, y sí, he intentado bajar, pero no, pero nomas he llegado a cierto límite, no tan delgada, simplemente con que yo me sienta bien de salud así me siento yo muy bien (E-5, comunicación personal, 12 de junio del 2023).

La aceptación del cuerpo de las mujeres con sobrepeso y obesidad tiene que ver con el uso y percepción que se tiene de él, no tanto de la condición corporal, puesto que han asumido actitudes de conformidad con respecto al cuerpo, qué a su vez tiene que ver con la autoestima, o la relación subjetiva que las mujeres han logrado construir con respecto a su cuerpo. En ese sentido, autores como Jiménez et al. (2013) mencionan que la imagen corporal son aquellas opiniones, creencias y sentimientos que una persona tiene de su propio cuerpo y de su aspecto físico el cual está asociado a la autoestima, que es la capacidad de tener confianza y respeto a sí mismo.

Por otra parte, las valoraciones de satisfacción e insatisfacción del cuerpo de las mujeres con sobrepeso y obesidad se relacionan con las actitudes asumidas para cuidarlo, ya que hacen mención que se preocupan por el estado físico pero interno del cuerpo, conocen su cuerpo cuando está bien o está mal, quisieran estar mejor, buscan controlar su cuerpo, es decir bajar de peso y consumir alimentos saludables, situación que expresa Juana en su narrativa.

Y hay veces que yo mismo siento, pues mi cuerpo, que no está bien, no se siente bien, se siente mal, me siento diferente, sí, me siento diferente y he tratado de mantener lo

mejor. Estuve hace tiempo muy bien controlado y otra vez subido un poquito. Es un poquito, me ha dicho el doctor (E-6, comunicación personal, 13 de junio del 2023).

Ante lo expresado, se generaliza que la satisfacción del cuerpo conduce a la aceptación de la imagen corporal, el cual está asociado a la autoestima de los sujetos. Se considera entonces que con una mayor autoestima se tiene una mayor satisfacción y / o aceptación del cuerpo, y a su vez se preocupan por él buscando además tener una relación positiva del yo con el cuerpo y el cuidarlo es una acción objetiva que refleja un amor propio.

4.2.2 Significaciones sobre la Alimentación, Ejercicio Físico y Asistencia a las Instituciones de Salud como Acciones de Autocuidado.

El autocuidado es una categoría gemela en el análisis de la categoría del cuidado de sí; esta se puede identificar en las acciones que los sujetos realizan para cuidarse, puesto que las construcciones sociales del cuidado se internalizan en la subjetividad, pero se objetivan en la práctica; es decir, en las acciones que los humanos desarrollan de manera consiente para autocuidarse. El autocuidado es definido como “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular factores que afectan su desarrollo en el beneficio de la vida, salud y bienestar” (Rivera, 2006, p.92).

En ese sentido, se identificaron tres aspectos de las acciones de autocuidado que desarrollan las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad que asisten a las instituciones de salud, las cuales son prescripciones de los médicos y están presentes en todos los discursos de los programas preventivos de la salud nutricional. Los tres aspectos donde se concentra este apartado son la alimentación, la actividad física y la asistencia a las instituciones de salud, principales acciones de autocuidado que se practican para mantener la salud del cuerpo con sobrepeso y obesidad.

Esta unidad permitirá contestar parte de la primera pregunta y objetivo específico, tiene que ver con los significados construidos socialmente sobre la alimentación, hábitos alimentarios, gustos alimentarios y dietas, así como las dificultades que enfrentan las mujeres en el cambio de hábitos de consumo alimentario dañinos a saludables; así también significados sobre la actividad física, rutinas, espacios geográficos para hacer ejercicio y dificultades que enfrentan las mujeres en establecer rutinas de hacer ejercicio como un hábito y se cierra el apartado en presentar los significados que las mujeres han construido con respecto a la asistencia a las instituciones de salud en su búsqueda de la atención a sus problemas de salud.

4.2.2.1 Significados de la Alimentación y Alimentación Saludable

Esta unidad de análisis se trabajó desde una mirada sociocultural, donde se aborda la alimentación, considerada como el acto de alimentarse, que, desde las cuestiones de la salud, puede ser perjudicial o beneficiosa, pues el acto de alimentarse está cargado de significados, representaciones, hábitos y creencias, que llevan a consumir ciertos alimentos (Contreras y Gracia, 2005). La alimentación se ha tipificado desde el paradigma de la salud, como alimentación no saludable y saludable, esta última desde los discursos científicos es la recomendada para llevar un cuerpo sano (OMS, 2020).

Los significados que tienen las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad con respecto a la alimentación como dimensión social y cultural se manifiestan en todos aquellos aspectos relacionados con los hábitos, costumbres, gustos, dietas, de manera subjetiva, pero que se reflejan en las acciones que desarrollan en la vida cotidiana, ya sean perjudiciales o beneficiosas para la salud. Con respecto al significado atribuido al acto de alimentarse, las mujeres mencionan aspectos relacionados con los gustos, comer saludable y para qué sirve alimentarse. Para Cristina, el

alimentarse significa comer bien para evitar la enfermedad, además de que se cuestiona por qué le gusta comer variedad de comidas y la existencia de la comida. A diferencia de María, que muestra un significado sobre el acto de comer como “*al alimentarse bien*” porque lo practica.

Significa... desde lo único que digo que a mí me gusta todo, no sé, alimentarse significa que... bueno alimentarme, pues nos tenemos que alimentar bien para no enfermarnos, para no estar enfermos, veda, pero a mí me gusta todo y a veces digo por qué existe la comida, ajajajajaja (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

Pues se puede decir que comer, es comer sano, ahorita, estoy comiendo sano (E-2, comunicación personal, 9 de marzo del 2023).

Las mujeres muestran significados atribuidos al acto de comer, ya sea por gusto o por cuidar su cuerpo; así mismo están atribuidos a los hábitos alimentarios desarrollados en su vida cotidiana, y que son todas aquellas conductas de elección de los alimentos, gustos, formas de consumo, elaboración, cantidad de consumo, la calidad y forma de preparación de los alimentos (Bourges, 1990). En ese sentido, las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad poseen significados en cuanto a las formas de comer, cantidades de consumo, gustos por algunos alimentos, pero además les dan un significado a los hábitos alimentarios con respecto a la función de cuidar la salud del cuerpo, aspecto que se refleja en el fragmento de entrevista de María.

Siento que todo da el mismo resultado, pues los hábitos son para cuidar nuestra salud, ni es, es para cuidado de uno, del cuerpo. Por ejemplo, me dicen que, entre las comidas, por ejemplo, me dicen que uno tiene que comer una fruta o algo, y sí, como pepino, una naranja, piña, el aguacate, lo como mucho, como cacahuete, porque esa grasita, es buena también, como le digo no llevo así la dieta como va en el papel, pero si pos más o menos le doy (E-2, comunicación personal, 9 de junio del 2023).

Para María al igual que Cristina, el significado del alimento lo atribuyen a consumir de manera saludable, reconocida por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO,2014), la define como “alimentación que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana. Los nutrientes esenciales son: proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas y minerales y agua” (p. 2).

De las significaciones que presentaron las mujeres con sobrepeso y obesidad sobre la alimentación saludable, se destacan las narraciones que presentaron Cristina, María y Juana. Por su parte Cristina en su narrativa destaca que la palabra saludable significa estar bien y evitar enfermedades, al igual cuando se le preguntó sobre el acto de comer, mencionó que a ella le gusta la variedad de alimentos no saludables y saludables, resalta que no solo puede comer lo saludable: “Saludable, como le digo a mí me gusta todo, lo saludable también me gusta, pero no puedo agarrar lo saludable nada más, pues lo “saludable” es para estar bien uno mismo, para evitar enfermedades” (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

A diferencia de Cristina, el comer sano para María, significa comer sano, es comer una variedad de alimentos como el pescado, pollo, nopales, fruta, verduras y agua natural “Pues se puede decir que comer, es comer sano, ahorita, estoy comiendo sano, estoy comiendo este pescado, pollo, nopales, como fruta, verduras, mucha agua natural” (E-2, comunicación personal, 9 de marzo del 2023). De la misma manera que Juana “Para mí, la comida saludable es que comiera verdura, verdura, fibra, pero no lo cómo, eso es lo difícil para mí (E-6, comunicación personal,13 de junio del 2023).

Los significados de la alimentación saludable, según las respuestas de las mujeres son las verduras, fibras, pollo, nopales, fruta, agua, entre otros, le atribuyen el significado de sano, sirven para estar bien y evitar enfermedades; sin embargo, se les complica consumir todo el tiempo

comida saludable. En ese aspecto Cristina menciona en su narrativa que la comida saludable es también comidas como cereal, quesadillas, yogur, pero que consumen la comida no saludable porque les llama la atención y satisface un gusto personal.

A veces como cereal, a veces [se ríe] comida chatarra, por ejemplo, anoche me comí un hot dog, porque mis hijos comieron y me llevaron uno, no quería, no quería, [movía la cabeza, en señal de que les decía a los chicos que no quería], pero siempre me lo comí (1), pero rara la vez y una cena no es tanto porque comemos ya tarde, a veces una cena cualquier cosa, para mí, cualquier cosa son dos quesadillas, cereal, yogur, y así, no es que haga comida fuerte, a veces sí peco, como le digo cuando uno anda pecando ahí y soy bien tentativa (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

Cristina, hace mención de que termina cayendo en el consumo de comida chatarra aun sabiendo que es dañina para la salud, pero le gana el deseo de satisfacer el gusto de comer. No todo el tiempo lo hacen, pero ella siente que está cometiendo una falta a su cuerpo, a la que le atribuye el significado de pecado, por lo que se siente culpable cada vez que consumen. Situación que, desde la construcción social del gusto, tiene que ver con aquellas preferencias de los alimentos construidas desde los espacios socioculturales, pero que también un aspecto biológico considerado un fenómeno natural.

Desde las aportaciones de Florence (2010) y Messer (1995), mencionan que los gustos están conformados tanto biológico y culturalmente. Es un comportamiento de consumo aprendido desde la tradición cultural, ya que es transmitido por la cocina tradicional, pero, además la selección de los alimentos es determinada por ciertas características sensoriales como el olor, texturas, sabor, y color, el cual la preferencia por el alimento. En este aspecto se destaca lo sociocultural como un *habitus alimentario*; es decir, el sistema de pensamiento construido, según el espacio y el contexto en el que

se desenvuelve, en el que se destaca el gusto por los alimentos (Florence, 2010), aspecto que se rescata en los discursos de las mujeres en cuanto a las preferencias de los alimentos son principalmente aquellos alimentos que se presentan en su vida cotidiana y han socializado con etapas pasadas.

4.2.2.1.1. Significados de la Dieta Alimentaria

Las mujeres constantemente se someten a dietas, a una alimentación rigurosa; sin embargo, hay quienes se someten a conflictos al hecho de mencionar la palabra “*dieta*”, esto tiene que ver con los significados que han construido con el simple hecho de escuchar la dieta. En ese sentido, se utilizarán las explicaciones de Velázquez (2003) quien menciona que la dieta son pautas alimentarias bien fundamentadas y rigurosas, que a su vez causan malestar en quienes se someten, puesto que dejan de consumir alimentos que se relacionan con el gusto.

Ante ello, las mujeres con problemas con sobrepeso y obesidad han construido significados en cuanto a la dieta, exclusivamente aquellas dietas que les asigna el nutriólogo de la UNEME EC, reconocen que las dietas son recetas de comida saludable que deben de seguir para disminuir su peso o mantenerlo, pero que en la práctica no siguen al pie de la letra; ellas las organizan conforme a la disponibilidad alimentaria. Los significados sobre la dieta que expresa Cristina son eliminar alimentos que no son saludables, que es una cuestión desagradable, pero que es necesario hacerlo.

Pero para mí la dieta es eliminar cosas que ya sabemos que nos hacen daño, eliminar el refresco, las harinas y puede uno comer de todo un poco y bueno, cuando uno está enfermo ya no es la misma, tenemos que sí, dieta... dieta... dieta...[mueve la cabeza], no es algo que me agrada mucho, jajjaa (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

Por otra parte, María se siente satisfecha con sus prácticas de seguir las dietas ordenadas por el nutriólogo de manera correcta, asocia las dietas a menús que ella organiza según sus

posibilidades y reconoce que son recetas que no las hace en la práctica exactamente igual que como se las indica el profesional de la salud. Situación que Marina afirma en su narrativa.

Pues no le digo que estoy al cien, aunque llevo un, por ejemplo, desde que estoy yendo, hago dos menús que no los he hecho, o sea, aaahh, yo digo, hay pollo, lo voy a hacer así, hay nopales, lo voy a hacer así y tomate, cebolla y queso, un pedacito de carne asada, o sea no lo he hecho, por ejemplo, me dicen que entre la comida (E-2, comunicación personal, 9 de marzo del 2023).

Pues fíjese que poco, a de cuenta que ellos me dicen una dieta y yo hago otra, jajaja, pero a veces a lo que ellos me dan, digo ¡esto no debo de comer y yo tomaba mucho refresco y ellos me dijeron nada de refrescos, y sí quieres tomar, vas a tomar sin azúcar, y pues cambié, de perdida ya agarré una dieta de las de ellos, después me dijeron que ya no tomara nada, y después la tortilla, yo comía, o sea, me podía comer un medio kilo de tortillas, ahora no, lo máximo son tres tortillas (C-3, comunicación personal, 10 de junio del 2023).

Los relatos de las mujeres en cuanto a las dietas alimentarias se han identificado que los significados están mezclados entre conocimiento adquirido por las recomendaciones de las instituciones de salud y la cuestión cultural que tiene que ver con los gustos, hábitos de consumo, el cual las lleva a no desarrollar las dietas de manera correcta por la institución. Se generaliza además que para algunas personas las dietas significan malestar subjetivo, que requiere una profunda reflexión constante para asumirlas como algo positivo para su salud.

4.2.2.2 Significados de la Actividad Física

La actividad física es una acción de cuidados, que tiene una importancia para reducir la masa corporal de las mujeres con problemas de sobrepeso y obesidad. Las narrativas de las mujeres en cuanto a los significados del ejercicio y la actividad física varían en cuanto a diferencias de la actividad física del ejercicio. Con respecto a ello se presentan las narrativas de Cristina, Juana y Amalia, quienes presentan algunas similitudes y diferencias. Por su parte, Cristina y Amalia consideran que el ejercicio es indispensable y debe ser una costumbre para las personas, pues sirve para mantener una salud, a diferencia de Juana que muestra que el ejercicio debe ser constante y muestra cómo ella lo practica.

Yo pienso que es indispensable y que lo debemos de tener como costumbre para nuestra salud (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

Hacer ejercicio o mucha actividad física es muy importante para mí, imagínate ahorita como me siento sin poder caminar, yo fui deportista y siempre me gusta ser activa (E-7, comunicado personal, 18 de junio de 2023, Culiacán Sinaloa).

Pues para mí, hacer ejercicio, es hacer un ejercicio constante, pero pues que te acelere el metabolismo, pero para mí, pues también he sabido que se puede hacer en casa, pero a mí me da más flojera, tengo menos el compromiso, en cambio, sí me voy a caminar, digo, ¡por lo menos tengo que volver, ¡qué voy a hacer! Me tengo que empujar para poder (E-6, comunicación personal, 13 de junio del 2023).

La actividad física de manera repetitiva y constante es una actividad indispensable para mantener la salud de su cuerpo. Las mujeres muestran significados que importancia para ellas, les sirve para mantener la salud de su cuerpo, pero manifiestan también actitudes negativas para hacer ejercicio, hacen mención que prefieren estar en casa. La actividad física es definida “como todo

movimiento corporal que implica un gasto de energía, es el componente del gasto energético que más varía y se encuentra, hasta cierto punto, bajo control voluntario” (Hernández et al, 2003, p. 236). Es también definida como todo movimiento corporal parcial o total, que permite el gasto de energía que se hace para cubrir una necesidad física de la vida cotidiana (Arias, 2015).

Es una actividad recomendada por los profesionales de la salud para prevenir o disminuir el sobrepeso y obesidad, el cual debe ser de forma repetitiva y constante, que lleve a un propósito, que es bajar de peso, por lo que el ejercicio físico es la acción sugerida mayormente, el cual es una actividad física realizada de forma estructurada, repetida, sistematizada y que tiene un objetivo que es mejorar la capacidad física (Arias, 2015). En ese sentido, las mujeres en sus discursos muestran claramente la distinción entre actividad y ejercicio físicos; reconocen que el ejercicio físico es lo que deben hacer; sin embargo, lo sopesan por la actividad física que hacen diariamente es su dinámica cotidiana, aspecto que Cristina presenta en su narrativa.

Lo que opino que, es algo sano, aunque muchas veces ni lo llevamos a cabo, ya sea por falta de tiempo, porque uno no está acostumbrado, uno le da flojera salir a caminar al parque, en realidad yo no tenía ni ganas de hacer ejercicios, yo no tengo tiempo (E-1, comunicación personal, 7de marzo del 2023).

Por su parte, María hace una diferenciación de manera correcta de lo que es la actividad física y el ejercicio, destacando que María es quien en sus narrativas muestra mayor apego al tratamiento, tanto de ejercicio como de alimentación. Sin embargo, también se presentan significados de sustitución de la actividad física por el ejercicio físico, situación que Perla expresa de manera consciente.

Pues la actividad es todo esto que estamos haciendo, que anda uno barriendo, lavando, por acá, y el ejercicio es el caminar, especialmente caminar, lavar, la bicicleta y así (E-2, comunicación personal, 9 de marzo del 2023).

Jajajja, que tenemos que hacer ejercicio, caminar, eso sí, es lo único que no, yo no hago, es que caminamos mucho, es que, por nuestro trabajo, todo el tiempo estamos trabajando paradas, y que pa yá y que pa acá, a lo mejor no es caminar, pero pos si utilizamos mucho las piernas (E-5, comunicación personal, 12 de junio del 2023).

En las narraciones se identificaron significados que están asociados a la salud. Consideran que es de suma importancia e indispensable, pero que también es una actividad que requiere una actitud positiva, constante y de compromiso. Así también, la actividad física que desarrollan de manera cotidiana las mujeres desde sus significados es una actividad que consideran les sirve en su salud, y, por lo tanto, deciden dejar de lado la actividad repetitiva y rutinaria, además de otras dificultades que se desarrollan en el siguiente apartado.

4.2.2.3 Significados sobre la Asistencia a las Instituciones de Salud

En este apartado, se presentan las significaciones que tienen las mujeres al ser atendidas por las instituciones de salud, donde se argumentan sus preocupaciones, conocimientos, reconocimientos de la enfermedad, su tratamiento y opiniones sobre las orientaciones profesionales del cuidado de su salud. La asistencia a las instituciones de salud es una práctica de autocuidado que las mujeres con sobrepeso y obesidad deben desarrollar de forma periódica, esto es, para tener una mayor vigilancia de su salud, que implica tener control de la enfermedad por parte del Estado a través de las instituciones.

Sin embargo, la asistencia de quienes se les asigna un tratamiento y quienes requieren recibir atención médica resulta ser un problema personal, que implica sentimientos,

representaciones y significados, como son aquellos aspectos identificados en las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad que asisten a la UNEME EC, Toledo Corro al recibir tratamiento. Dicha asistencia tiene significados relacionados con los sentimientos, necesidades de apoyo emocional, atención médica y recibir apoyo farmacológico, pero, además, un lugar donde se sienten cómodas y han encontrado un espacio donde las orientan y las apoyan en el tratamiento de su enfermedad, muestran un reconocimiento a la figura del psicólogo como un profesional que las ayuda y las motiva a seguir con el tratamiento, como lo expresaron Juana y María en sus narraciones.

Pues para mí, es un significado grande porque tengo que saber cómo estoy, así que me chequen, que de todos modos yo me checo aquí, si hago una cosa, me siento diferente con mi cuerpo, yo me checo ya mi presión, tengo el aparato del azúcar (E-6, comunicación personal, 13 de junio del 2023).

Pues es donde nos pueden ayudar. Me siento a gusto cuando vengo para acá (E-2, comunicado personal, 9 de junio del 2023).

De las orientaciones que desarrollan los profesionales de la UNEME EC, se destacan las intervenciones del psicólogo, quien las ha ayudado a salir de los episodios de depresión y ansiedad presentados durante la última etapa de su vida; además en los avances de mejora de estilo de vida que han presentado a lo largo del tratamiento. Situación que presenta Cristina y Marina en sus narraciones.

Pues me ha ayudado mucho el tratamiento eeh, yo venía muy mal de la diabetes y pues con el tratamiento y con todo lo que le han enseñado a uno aquí, ahorita ya me felicito la psicóloga, que voy muy bien (REAFIRMANDO EL TONO) me dijo que me falta bajar de peso también, porque, ya había bajado, pero como le digo volví a subir (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

Muy bien, me gusta, espero siempre los resultados, hoy sé que ando bajoneada, sé que voy a subir, porque ando bajoneada, pero me siento bien, porque sé que voy a ir a ver psicólogo, con problemas y salgo un poquito del problema, a veces que siento ansiosa por ir, porque te ayuda pues (E-3, comunicación personal, 10 de junio del 2023).

La asistencia a instituciones de salud es una práctica común vinculada a la salud del cuerpo. La ven como algo importante y necesario, a diferencia de los hombres que lo ven como una obligación cuando están enfermos (Aguilar, 2020). En ese sentido, las mujeres con sobrepeso y obesidad asisten a la institución preocupadas por su condición de salud, con la finalidad de reducir la glucosa, hipertensión y el peso corporal, a partir de ser referidas por otras instituciones, otras por decisión propia, al saber que están enfermas, además de saber que es una institución donde laboran profesionales que las pueden ayudar, así como lo expresan Marina, María y Amalia en sus narraciones.

Pues no, porque no me sentí tan así, empecé a querer cuidarme, ahora cuando empecé a querer enfermarme, la menopausia, me sentía muy enferma, muy mal, entonces empecé a ir a los médicos y empecé (E-3, comunicación personal, 10 de junio del 2023).

Fui primero al Centro de Salud a que me trataran la diabetes, yo decidí porque no tengo seguro, porque no estoy casada con él, entonces yo decidí ir ahí, ya me empezaron a tratar la diabetes, luego que al dentista, y ya que estaba mal de la garganta, y como vieron que no me bajaba el azúcar, pues ya me mandaron pa acá [SE REFIERE A LA UNEME] yo ni conocía ese lugar, ni nada, y pues yo estoy muy agradecida, pues me ha servido y estoy muy a gusto, y pues si me están enseñando muchas cosas, me están enseñando lo que es, el cómo comer las cosas (E-2, comunicación personal, 9 de marzo del 2023).

Yo fui ahí por decisión propia; un día, escuché que ahí te atienden de todo a todo con respecto a la diabetes, a bajar de peso, no soy diabética ni hipertensa, pero si tengo obesidad y sobre todo porque no quiero pertenecer a ese grupo de los diabéticos, es muy feo esa enfermedad, mi esposo murió por un coma diabético (E-7, comunicación personal, 18 de junio del 2023).

Por otra parte, se menciona que las mujeres, a pesar de que es importante para la salud estar asistiendo de manera periódica, el saber cómo está su cuerpo, de saber que van avanzando en el tratamiento, hay quienes tienen opiniones diversas del servicio. Según Nissan (2020), hace mención, que la atención a la salud de las personas es una prioridad de las instituciones de salud. Implica servicios, conocimientos, metodologías de atención al paciente y sus cuidados. En ese sentido, las mujeres presentan significados con respecto a la atención al servicio, específicamente referencias sobre la calidad del servicio, las formas de educarlas para mantener la salud, especialmente lo que es bueno o malo para comer, cómo debes de comer, hacer ejercicio y tomar medicamentos. Situación que Cristina y Perla mencionan en sus narraciones sobre la atención que recibe de los profesionales de la salud de la UNEME EC.

Pues yo pienso que son buenas, porque, de hecho, yo anteriormente, pues uno viene a consultas, pero le dan medicamentos y no hay quien lo asesore, y aquí yo he venido y he aprendido mucho, y aquí aprendí muchas cosas porque me ayudaron a estabilizar mi diabetes, me ayudaron a ver qué es lo que me hacía daño (E-1, comunicado personal, 7/3/2023, Culiacán Sinaloa).

A mí me gustó mucho, te dan muy buenos consejos, la verdad, las pláticas, los consejos que le dan a uno, la atención con el psicólogo, todos, todos nos atienden muy bien (E-5, comunicación personal, 12 de junio del 2023).

Por otra parte, existen opiniones con respecto a la atención de los profesionales que no son del agrado de las mujeres, que si bien es cierto son opiniones de la atención recibida, no ha obstaculizado la inasistencia a recibir la atención de estas mujeres, pero sí dificulta su proceso de aprendizaje o apego al tratamiento, situación expresada por Marina, que en ocasiones ella se enoja y niega a seguir con el tratamiento, pero en cuestiones de ánimo sale renovada, al referir la atención de la psicóloga.

Ahora voy aquí con esta muchacha [se refiere a la UNEME] y pues hay cosas que te dice que no nos gusta verda, a veces sale uno enojado, pero a veces te dice, ah esto, y siento que, sí me ayudo, a de cuenta que ese apoyo yo lo encuentro en mi psicóloga, es lo que encuentro, es que salgo más renovada, salgo con aquellas ganas, si estaba deprimida, salgo renovada (E-3, comunicación personal, 10 de junio del 2023).

A diferencia de Marina, Amalia presenta opiniones negativas de la atención de los profesionales de la salud, con respecto a lo negativo, no está de acuerdo con la atención psicológica, especialmente que no les dan seguimiento a los tratamientos. Amalia se refiere a cerrar la charla y sobre todo que a veces en cuestiones delicadas atienden pasantes de servicio social que no tienen experiencias. Así mismo, Amalia critica al programa de atención puesto que no se tiene el servicio de visita domiciliaria de servicio médico, para aquellas personas que presentan alguna discapacidad física o adultos mayores que no están en posibilidades de asistir a la institución.

La atención está muy bien, la atención de la Trabajadora Social, los médicos, los nutriólogos, pero yo no estoy de acuerdo que no tienen seguimiento, oye, si de por sí, uno se predispone, nomás le dicen que va con el psicólogo, abre todo lo que trae uno, lo ven llorar, lo hacen que saque todo uno y ahí se queda, aparte, que eso que te atiende un pasante. Con respecto al programa, debería de extenderlo más a la gente, a los domicilios, por ejemplo, en mi caso,

yo no puedo estar yendo, oye pago como dos camiones, uno pal centro y otro para la UNEME y con mi problema de la pierna no puedo, voy porque mi cuñada me mueve pa todo (E-7, comunicación personal, 18 de junio del 2023).

Las apreciaciones que tienen las mujeres con respecto a los servicios que prestan los profesionales, en una de las opiniones es satisfactorio, aunque les provoque sentimientos de enojo, en otras opiniones critican la falta de seguimiento de los casos con respecto a la psicología, debido a las cuestiones de las emociones que quedan al descubierto y removidas cuando se atienden con psicología. Amalia hace una crítica a la cobertura y alcance del programa de atención integral, que debiese estar más vinculado a la comunidad en la atención de pacientes con dificultades físicas de salud que no le permiten asistir a las citas médicas de forma periódica.

Por otra parte, se rescata en la siguiente narración una opinión con respecto a la educación nutricional que reciben por parte de los profesionales, hace referencia a las recetas que le ofertan o le recomienda el nutriólogo, el cual desde su percepción son recetas modernas, es decir no están de acuerdo a la cultura alimentaria de los destinatarios, en este caso, hace mención de un adulto mayor, que hace un rechazo a las recetas, porque no las considera comidas, sino una botana, narración que presentó Perla cuando se le preguntó sobre las orientaciones nutricionales de la institución.

Yo sí, de seguido algo, algunas recetas porque no todas, una que le hice a mi apá no le gusto, jajajaja, es que él, cómo es de los viejitos de antes, a él le gusta la comida, comida, de hecho, las recetas que nos dan ahí son un poco más modernas, son más modernas, para él no son comidas, heee una que otra sí, la agarro (E-5, comunicación personal, 12 de junio del 2023).

La opinión sobre las recetas que no son al gusto de la población atendida. Se discute que existe una contradicción en las aportaciones de los servicios que ofrece la UNEME, con respecto a lo que realizan los profesionales, ya que, es una de las principales estrategias de atención es respetar la cultura de la población, aspecto que se encuentra plasmado en un cuadro de misión de la institución. Se argumenta, que, desde las aportaciones de Valverde (2016), quien menciona que las mujeres comúnmente son quienes asisten a las instituciones de salud para aprender formas de autocuidarse, y son consideradas las sujetas de participación más activa en la educación para la salud, a pesar de sus opiniones buenas o malas de la atención a la salud.

4.2.3 Significaciones Sociales con respecto al Cuidado de los Otros.

En este apartado, tiene que ver con las significaciones de las mujeres con respecto al cuidar a otras personas. Es una dimensión del cuidado de sí mismo vinculado de manera directa a la construcción social del género, y de las dificultades que poseen las mujeres para desarrollar acciones de autocuidado, desde la alimentación, actividad física y la construcción de la imagen corporal. Por lo tanto, presentan significados que poseen las mujeres sobre el cuidado de otros, así como su relación con las acciones de autocuidado y la imagen corporal, con la que se contesta la siguiente pregunta y objetivo específico: ¿Qué significados sociales han construido las mujeres adultas, con respecto al cuidado de los otros, a partir del rol del género asignado? Caracterizar los significados sociales que han construido las mujeres con respecto al ser cuidadora de otros como parte de los roles de género asignados.

Las significaciones sociales del cuidado de los otros se argumentan teóricamente desde la categoría general, con autores como Foucault (1982), Muñoz, (2006) y desde las más específicas, como Passerino, (2019); Raffin, et al. (2015), quienes hacen mención que el cuidar de sí mismo es cuidar también de los otros, preocuparse por los otros, no solo, en la medida en que el cuidado va

a estar dirigido también a los otros, sino también porque aún pensado desde la instancia meramente individual, implica a los otros como el cuidado amoroso, qué es estar bien si estoy cuidando. En ese sentido se presentan los discursos que muestran las significaciones sociales del cuidado de los otros, como es el caso de María y Juana, quienes son cuidadoras principales de su pareja, hermanos e hijos.

Se siente uno bien, bueno, yo me siento útil, dentro de lo que cabe, estoy cuidando un niño aquí [se ríe], porque a veces tiene su carácter el señor y eso, y pues ya lo entiendo porque esta enfermito y eso, pero, pero lo hago con gusto (E-2, comunicación personal, 9 de marzo del 2023).

En el caso de María, es cuidadora principal de un adulto mayor, cuidarlo lo ve como algo útil, e incluso reconociendo la edad de la persona que requiere ayuda en los cuidados personales. Un aspecto fundamental que hay que resaltar, es que, el cuidado de otras personas las mujeres lo hacen por amor, significado que Juana le da al cuidado de su papá, hermanas, esposo e hijos (ver narración).

Amor, para mí es un amor, es como le digo yo a mí papá y a mis hermanas, es por amor a mi papá, pero no me acuerdo la palabra, qué es, para mí es amor, para mí es eso, amar a mi esposo, a mis hijos, a mi papá, a mis hermanas, cuidarlos es amor (E-6, comunicación personal, 13 de junio del 2023).

El significado del cuidar de otros es traducido al amor a los miembros de la familia, es también un sentimiento de sentirse bien por ser útiles para otros, pero además son funciones y acciones que hacen de manera gustosa. Se puede traducir que el cuidado de otros es un cuidado amoroso, es decir, de apoyo y comprensión que han constituido las mujeres hacia sus semejantes y el entorno. En ese aspecto, Bleichmar (2005) menciona que el cuidado humano amoroso es una

práctica ética singular y afectiva constituida en los sujetos, que es el cuidar a los otros como una forma de identificación y reconocimiento, teniendo distintos modos de subjetivación.

En ese sentido, se rescata el “amor” con lo ético y el sentirse “útiles” con el reconocimiento que menciona (Bleichmar, 2005), por lo que para algunas mujeres el cuidar a otros no lo ven como una responsabilidad asignada por los otros. La responsabilidad del cuidar de otros es un valor atribuido, pero además asignado como parte de los roles en el sistema patriarcal. No necesariamente es la mujer quien cuida, pero en la sociedad es una práctica muy normalizada que las mujeres sean cuidadoras. Autores como Jiménez y Moya (2017) mencionan que el deber de cuidar a los demás y de la casa, está tan naturalizado en las mujeres que lo asumen como una responsabilidad, un deber propio, expulsando la colaboración del resto de los familiares hombres a la hora de cuidar.

Con respecto a ello, las mujeres en sus discursos reconocen que cuidar a los hijos, esposo, papás, hermanos, es parte de su responsabilidad, aunque para algunas no es una responsabilidad reconocida como tal. Así también le dan un valor mayor a la responsabilidad con los hijos, incluso las somete a preocupaciones, por las consecuencias de dar permisos de salir a fiestas o fuera de casa, como lo expresan María y Alma en sus narraciones.

No soy responsable, pero sí estoy al tanto, osea, estoy al tanto porque, tu medicina, te llevo la medicina, te toca la medicina, ya te toca esto y sí. La verdad que sí, a él no le gusta, pero como ya lo veo grande y eso, yo soy la que ando (E-2, comunicación personal, 9 de junio del 2023).

Mucha responsabilidad, porque somos las mamás, somos las que tomamos las decisiones, a mí ver somos las que tomamos la decisión en que te comes esto, no comas esto, no te tomes esto, tomate esto, en cuidarlos de forma en que... ¡ay amá!, me deja salir a una

fiesta? y uno decide en dejarlos ir o no dejarlos ir (E-4, comunicación personal, 12 de junio del 2023).

Por otra parte, el cuidado de los otros significa una cuestión moral, como lo expresa Perla en su narración, negando que ella se responsabiliza de su padre de manera obligatoria, de reciprocidad ante su padre e hijos, de la misma manera que Juana, asocia el cuidado de su familia no como responsabilidad, si no por amor (ver narraciones).

Nooo pues, es que nadie te diga, es moral, porque si no quiero cuidar a mi papá, no lo voy a cuidar, a mí nadie me va a obligar, yo se lo puedo aventar a mi otra hermana, sabes qué, te toca a ti, pero esa responsabilidad la adquiere moralmente hacia los papás, porque uno debe de apoyar a los papás y los hijos son los hijos, los quiso tener uno, pues es la responsabilidad de uno (E-5, comunicación personal, 12 de junio del 2023).

No es responsabilidad, te digo, es amor (E-6, comunicación personal, 13 de junio del 2023).

El cuidar a un miembro de la familia que no son los hijos, es para las mujeres una responsabilidad reconocida para ellas como un aspecto moral. Según Jiménez y Moya (2017), las mujeres atribuyen sentimientos a la hora de cuidar, como el entendimiento del cuidado como una obligación moral dentro de la familia. En ese aspecto, se agrega además que en los discursos encontramos frases de sentimientos como “es amor” “pobrecitos” “está enfermito” frases, que significan para ellas una justificación del por qué los cuidan como un deber moral.

4. 2. 3.1 Dar lo Mejor de Sí para el Cuidado de los Otro

El cuidado amoroso como práctica de las mujeres, que es una construcción subjetiva porque implica sentimientos sobre la madre hacia los hijos, hacia otros miembros de la familia, no viéndolo como parte obligatoria de la mujer en cuidar de los hijos, sino que lo hacen en esa idea

romántica del amor de madre. En ese sentido, Fernández (2012) y Passerino (2019) hacen mención de que la solidaridad, el amor y el sacrificio femenino, son prácticas que se presentan en las mujeres como figuras de esposas-madres, las cuales han tenido que postergar sus deseos en favor de otros, mismo que han vulnerado su propia condición de salud, autonomía y acceso a la participación en la toma de decisiones.

En ese sentido, en los discursos de las mujeres se pudieron identificar estas situaciones que las han llevado a sacrificar la salud de ellas mismas, sus deseos por el cuidar a otros, que ha implicado para ellas pensar primero en los hijos y esposo, pero además de desarrollar acciones de cuidados con calidad, el agregar un plus a lo que ellas realizan para los otros, justificándolo en el amor, e incluso en pensar querer estar bien de salud para no depender, molestar o preocupar a los familiares, situación que expresan Cristina y Marina en sus narrativas.

Yo hago la comida, mi casa no es restaurante, peroooo, si es para mi familia, trato de darle lo mejor” “Yo siento que me debo y me voy a cuidar porque no quiero que...no quiero darle lata, las mamás siempre decimos que no queremos dar lata, pero no tanto eso, sino que, me gusta sentirme bien para todos y para mí, no sé, me gusta sentirme a gusto conmigo (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

Me siento bien, porque le digo, ¡ah mi mamá está enferma! y yo ando bien mal, ahí estoy, primero ellos, yo sola me digo ¡no me duele nada! porque tengo que ir a sacarlos adelante (E-3, comunicado personal, 10 de junio del 2023).

Este discurso muestra cómo la mujer busca que en sus acciones se observe lo mejor, haciendo referencia a la elaboración de los alimentos, en cuidar la salud de quienes la rodean. El pensar en los otros también hace que las mujeres piensen en estar bien de salud, para no molestar

o preocupar a los demás miembros de la familia, e incluso fingiendo estar bien para cuidar a los otros, como lo mencionó Cristina.

En ese sentido, autores como Bonavitta (2020), mencionan que las mujeres han construido formas de ser para otros, formas diferentes de amar, un amor diferenciado, que implica el cuidar y dar lo mejor de sí, sacrificarse por los otros, pero que además es una cuestión naturalizada como parte de los roles de género asignados. En este caso, las mujeres priorizan las actividades del cuidado de los otros, descuidando su salud.

4. 2.3.2 Priorizaciones en el Cuidado de los Otros y Descuido de la Salud

La salud como priorización de las mujeres con sobrepeso y obesidad es una práctica que se visibiliza muy poco en los discursos de las mujeres, ya que tiene mayor presencia el significado construido con respecto al cuidar a otros, incluyendo su salud por encima de la salud de ellas mismas. Respecto a ello, Passerino (2019) hace mención que desarrollan actividades de cuidados dejando de lado sus deseos y necesidades, en este caso; una necesidad apremiante de las mujeres es su salud.

Las narraciones de las mujeres muestran aquellas significaciones que tienen con respecto al cuidado de los otros posicionando su salud como segundo lugar u olvidada, incluso el cuidar a otros les trae más problemas de salud como el estrés y ansiedad por las dificultades que se someten al estar pendiente de sus necesidades, exigencias, es una absorción de tiempo completo que mencionan Cristina, Perla y Amalia.

Significa que tenemos que dar más, por ejemplo, mire mi salud, estoy enferma y no me cuido, como quien dice, por estar viendo por los demás, es la triste realidad” (E-1, comunicado personal, 7 de marzo del 2023).

Sí, hay veces que, sí se frustra uno, mmm, hay veces que me siento muy muy estresada, porque me tengo que cuidar yo, también a él. Hay pleito, hay pleito, me dice ¡aaaah, es que a mí no me gusta eso, ni lo otro!, y, por otro lado, mi papá, me dice, ¡eso me hace daño!, y entra uno en conflicto porque mi papá quiere una cosa, aunque le haga daño, y ellos quieren otra cosa, y es difícil, muy difícil (E-5, comunicación personal, 12 de junio del 2023).

Me gasté todo mi dinero, hay se iba todo el dinero en cuidarlo, le compraba un producto para sus pulmones. Lamentablemente di todo para que mi esposo saliera adelante y me olvide de mí, por completo, no debiera ser, pero así fue, ahora tengo un problema de obesidad y de los dientes, me descuidé, me descuidé (E-7, comunicación personal, 18 de junio del 2023).

Se identifica que existe una preocupación constante en la medida de las dificultades que presentan los otros, siendo esta una barrera positiva o negativa para que las mujeres puedan adoptar prácticas de autocuidado para reducir su enfermedad. Ante ese aspecto, muestran tener preocupaciones constantes por su familia y los otros, que las obliga a dejar de lado sus actividades de cuidado de su salud e incluso actividades domésticas de su propia casa, situación que expresa Cristina en su narración.

Ahorita me siento preocupada por mi mamá, está en el hospital, mi mamá tiene la presión alta y todo, y cada rato la llevamos al médico porque dice que se siente muy mareada, pero ahora yo le noto que cuando voy y la visito... y se siente muy bien, yo siempre me preocupo por ella, dejo todo por estar con ella, hasta me olvido de comer y eso es malo para mi diabetes, a veces madrugo para irme con ella un rato en su casa y ya después me vengo a la casa a seguir con mis costuras (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

Se finaliza este apartado de descripción, mencionando que el cuidar de los otros se convierte en una necesidad de cuidar y tener un control en el hogar como parte subjetiva, que las

hace sentirse bien, aspecto que en este estudio no se profundiza, pero aparece como algo inherente al cuidado de los otros, desde significaciones de las mujeres, quienes mencionan querer tener un control de todo para sentirse bien, aspecto que se resalta en la narrativa de Cristina y Juana.

Ocupa el acompañamiento, pero no quiere, soy como le digo, quiero estar al pendiente de todo, menos de mí, quiero estar al pendiente de todo y yo (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

Pues sí, siempre he sido así, trato de estar en todo, aprendí sola, la vida me enseñó ser así, y pongo en primera instancia la salud de nosotros, deste trabajo y la casa es lo último (E-6, comunicación personal, 13 de junio del 2023).

Las significaciones del cuidado de los otros y el tener un control es una cuestión que está asociada a las creencias en el sistema patriarcal que se han mantenido sobre lo que debe ser una mujer, una figura central en la familia y que reúne varios roles, madres, esposas, hermana, hija, compañera, criada, es decir esclavas, donde en la esfera doméstica, la mujer se siente segura y dueña de la situación (Castillo, 2010).

4.3. Significaciones Construidas por las mujeres con Respeto a la Alimentación, Actividad Física y Asistencia a las Instituciones de Salud a partir de los Roles de Género Asignados como Cuidadoras de Otros

Este apartado de análisis de resultados constituye la segunda fase de resultados. En él se presentan discusiones y relatos relacionados con los significados que presentaron las mujeres en sus etapas de vida hasta la actualidad, relacionados a la categoría de las asignaciones de género. En el apartado se pretende contestar el cuestionamiento específico, ¿Cómo se presentan los significados sociales construidos por las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad con respecto a la alimentación, actividad física y asistencia a las instituciones de salud a partir de los roles de género asignados como cuidadoras de otros? Y el objetivo específico: interpretar los significados

construidos sobre la alimentación, actividad física y la asistencia a las instituciones de salud, a partir de los roles de género asignados como cuidadoras de otros.

Los hallazgos se encuentran organizados y sintetizados en las categorías de significados de alimentación, actividad física y asistencia a las instituciones de salud asociados al cuidado de otros, como parte de las asignaciones de género de las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad. Las discusiones analizan los significados construidos con respecto al cuidado de la salud de las mujeres, destacando el rol asignado, aprehendido y objetivado en las acciones con respecto al cuidar a otros seres humanos, ya sea hijos, esposo o algún otro familiar.

4.3.1 Significados Sobre la Alimentación y su Relación con el Cuidado de los Otros

Con respecto a los significados que están presentes en las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad referentes a la alimentación, se centran en los hábitos de adquisición, elaboración y consumo de los alimentos. Estos se caracterizan por ser significaciones asociadas a los gustos de los otros, principalmente de los hijos, además que es un rol que ellas asumen como responsables de la compra (adquisición) y elaboración de los alimentos, que si bien es cierto son las responsables de comprar los alimentos consumidos por toda la familia, y pueden tomar la decisión de adquirir alimentos saludables, se someten de manera consiente a los gustos de hijos y otros miembros de la familia a quienes cuidan, dejando de lado su propia necesidad de consumo saludable.

Se interpreta entonces de la siguiente manera: que los significados presentan un discurso excluyente en cuanto a la necesidad de consumo de alimentos saludables, en el deber ser como una persona responsable de su propia salud, más no practicada, y en el rol de satisfacer las necesidades de alimentación de los otros antes que su propia necesidad de salud. Se señala además que los hijos son los primeros agentes de interacción que provocan que las mujeres cedan al consumo de comidas conocidas como “chatarra” o altos en carbohidratos y grasas, puesto que en sus

narraciones muestran de manera frecuente el consumo de alimentos como el hot dog y carne asada, el cual es un alimento que se consume principalmente por las noches en el contexto de la ciudad de Culiacán.

Por otra parte, se identificaron aspectos que describen el porqué del consumo de alimentos que poco o nada nutren, especialmente un aspecto subjetivo que tiene que ver con las actitudes que asumen para elaborar los alimentos, sus narraciones muestran actitudes de “*flojera*”; es decir, en elaborar alimentos saludables para su propio consumo y optan por elaborar comidas familiares al gusto de los otros. Esto se interpreta que se pudiese asociar a la carga de trabajo doméstico que las mujeres presentan en su cotidianidad y la búsqueda de optimizar recursos y tiempo para desarrollar otras actividades o simplemente descansar. Con respecto a que las mujeres priorizan la compra y elaboración de los alimentos al gusto de los miembros de la familia, se destacan las narraciones de Cristina.

Lo que compro, lo normalmente, la comida, lo que vamos a comer todos (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023). Cocino con la grasa que sé que me hace daño, tengo el aceite de oliva de lujo, entonces cómo, jajajaja, me da flojera cocinar para mí, digo, hahaa, digo ¡aah voy a comer de lo mismo!, así pasa (E-1, comunicación personal, 9 de marzo del 2023).

Anoche me comí un hot dog, porque mis hijos comieron y me llevaron uno, no quería, no quería [movía la cabeza, en señal de que les decía a los chicos que no quería] pero siempre me lo comí (E-1, comunicación personal, 7 de junio del 2023).

Cristina presenta datos donde, además de ser la que compra el alimento, lo compra para todos, aun sabiendo que ella requiere de alimentos que sean saludables. A pesar de que menciona que en su alacena tiene productos que menos daño hacen como el aceite de oliva, ella cocina con la grasa que sabe que le hace daño. Reconoce que tiene una actitud de flojera en elaborar diferente

comida para ella. Asimismo, Cristina cede al consumo de comidas que sus hijos le ofrecen, aun sabiendo que le es dañino para su salud. Probablemente lo hace por gusto o por no rechazar la intención de los hijos al regalarle alimentos.

De la misma manera, Perla hace mención de que ella es la encargada de comprar el alimento; sin embargo, ella toma en cuenta los gustos de sus hijos y padre, ya que considera que tienen gustos peculiares y sede al consumo de alimentos que ellos desean consumir. Perla en sus significados es jefa de familia, quien es encargada de cuidar a sus hijos y es cuidadora primaria de su padre, y el negociar los gustos con los alimentos que ella necesita es donde se presentan las tensiones familiares, al grado de que sede en el consumo para no seguir en conflicto.

Pues yo, yo soy la que compra las cosas y pues también me pongo de acuerdo con todos los machos de la casa, tengo dos niños y mi papá, y mi papá es muy chiquión, que no le gusta eso y a mis hijos que no les gusta esto otro, pos yo compro las cosas, pero de todos modos veo que es lo que quieren (E-5, comunicación personal, 12 de junio del 2023).

Yo de hecho últimamente un vaso de leche y mis hijos no reniegan en eso, ellos con leche y galletas eso cenamos, rara vez si cenamos en la calle, una o dos veces por semana (E-5, comunicación personal, 12 de junio del 2023).

Se interpreta que los significaciones del cuidado de sí en salud, se presentan en las prácticas alimentarias desarrolladas en contextos cotidianos, los cuales están vinculadas de manera directa a los gustos y el consumo de los otros, por lo que el cuidado de la salud solo queda en el discurso, en el conocimiento y reflexión constante del deber ser (consumo saludable), pero sobrepasada o contrapuesta en la práctica, es decir, sobrepone el rol que ha construido inconscientemente como madre abnegada, que da todo por los hijos y esposo. Aspecto que se relaciona con lo que discute Mendoza et al, (2023) que las mujeres contraponen las acciones de

autocuidado por sus creencias de lo que debe ser una madre, sacrificada, abnegada, que da todo por la familia.

Por otra parte, se interpreta que las mujeres de alguna manera tienen el control en los alimentos y de la salud familiar, pero que estas asignaciones no han contribuido a la salud individual, debido a que las distribuciones de las labores domésticas con respecto a la alimentación familiar, estas ejercen mayor presión a las mujeres, implicando una crisis en el cuidado de sí mismas e incluso en la salud de los miembros de la familia. Se resalta entonces que las funciones como cuidadoras, es un proceso continuo de desigualdad social.

4.3.2 Significados Sobre la Actividad Física y su Relación con el Cuidado de los Otros

Los significados asociados a la actividad física y el ejercicio se presentan como una actividad que requiere para las mujeres un esfuerzo mayor. Se caracteriza por ser una actividad infravalorada, priorizando la actividad doméstica, que implica el cuidar a la casa y los miembros del hogar, pero que de manera consciente no están dispuestas a sacrificar tiempo y trabajo, deseando que el tiempo se alargue para poder hacer ejercicio, reconociendo ellas mismas que si fuese así lo dedicarían a seguir trabajando en lo doméstico. Esto se argumenta con la narración de Cristina, quien muestra en su discurso reconocimiento de que existe tiempo para hacer ejercicio. Sin embargo, prefiere quedarse en casa.

¡Quisiera tener más horas!, pero pa qué las quiero tener más, si nomás me estoy matando allá en mi casa, haciendo negocio, que, cosiendo, que pa acá que pa allá, y no me doy el tiempo de ir a caminar cuando sé que sí hay tiempo” (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

Por su parte, Juana muestra reconocimiento que se le dificulta a veces hacer ejercicio, presenta actitudes de flojera, pero reconoce y por obligación busca la forma de cómo sus

actividades de cuidados de los hijos (llevarlos a la escuela) lo convierte en una actividad para activarse físicamente y aprovecharla: “Se me dificulta a veces ¡aaah me da flojera!, pero ya por rutina y obligación de la escuela (se refiere a la escuela de sus hijos), me levanto temprano” (E-6, comunicación personal, 13 de junio del 2023).

Un aspecto que es interesante rescatar en las narraciones de las mujeres es el reconocimiento que las mujeres poseen de que la actividad física es importante y es fácil de hacer cuando no tienen actividad doméstica, a diferencia de Juana que tiene hijos, esposo y hermanos, quien se hace responsable del cuidado de la salud. María es una mujer que vive sola con su pareja en una casa pequeña y solo ella se dedica al cuidado de ellos, por lo que tiene tiempo disponible para cuidarse a sí misma: “Una, que tengo demasiado tiempo, la casita está bien chiquita, aquí adentro, mi marido no me deja cochinerero, es poquito el quehacer, a eso le atribuyo y que me está sirviendo bajar de peso” (E-2, comunicación personal, 9 de marzo del 2023).

Por otra parte, las mujeres subordinan la necesidad del hacer ejercicio por críticas, prejuicios y personalidades familiares. Marina, siente vergüenza por estereotipos sociales de lo que debe ser una mujer, crítica que ella percibe por parte de su suegra con la que actualmente vive, agregando una situación de condición social de vivienda y de hacinamiento y al tener poco espacio disponible para tener una caminadora, lo cual es una situación que desmotiva a Marina para hacer ejercicio.

A veces si hacemos ejercicio, yo tengo una caminadora y la pongo allá a lado con mi suegra porque cuidamos a mi suegra y en mi cuarto no hay espacio, de todos modos, uno es malo, a veces no quiere...no le gusta que se meta, quiere estar sola, no le gusta que nos metamos y si estamos haciendo ejercicio, ella se está riendo o algo [lo dice en voz baja], y eso te desmotiva (E-3, comunicación personal, 10 de junio del 2023).

Se comprende que es una actividad que desarrollan las mujeres adultas aprovechando las actividades de cuidados de los hijos, como llevarlos y traerlos a la escuela, así como también es considerada una actividad fácil de dejar de hacer, ya sea por vergüenza, porque no le gusta que las vean o por prejuicios con respecto a los estereotipos socialmente construidos y aceptados de lo que debe ser una mujer, una persona dedicada a las actividades del hogar y crianza de los hijos.

Se interpreta además que el ejercicio físico es una actividad que desarrollan de manera más adecuada y funcional para la salud cuando se conjugan dos aspectos; actitud para el cuidado de la salud y el tiempo disponible de las mujeres; con respecto a la actitud de hacer ejercicio, esta se caracteriza por presentarse en las mujeres como una acción de “flojera”, prefiriendo quedarse en casa, e incluso quienes lo hacen la mayoría de las veces en el hogar, comprándose caminadoras o seguir ciertas rutinas. Con respecto al tiempo disponible para hacer ejercicio, este se caracteriza por presentarse en mujeres donde su casa es pequeña, no tienen hijos a quienes cuidar y su pareja trabaja todo el día.

El ejercicio físico como acción de autocuidado para las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad, es una acción que reconocen que deben hacer, tienen conocimiento de los beneficios que se tienen; sin embargo, se considera una actividad que no se encuentra en la esfera de lo doméstico, no es una actividad donde se involucren los hijos y la pareja; es, pues individual y para beneficio propio. Por lo que se puede comprender de cierta manera, es considerada una acción extra, no obligatoria, ni motivadora, por ser individual y no familiar.

Es decir, que, si un hijo se ocupara de hacer ejercicio y ella acompañarlo, esto sería una motivación y obligación para ellas, considerando entonces que las acciones de autocuidado que emprenden las mujeres son cuando están involucrados los otros, entendiendo esto como el sacrificio para con los otros, aspecto que ya antes había mencionado. Las mujeres en sus creencias

marianistas de sacrificio, amor por los hijos ponderan estos sentimientos por autocuidarse (Mendoza et al, 2022).

Autores como Viveros (2002), mencionan que en los procesos de socialización las mujeres como los hombres interiorizan formas de cómo ser y actuar socialmente que guían las actitudes, conductas, estilos de vida, acciones de autocuidado. En el caso de las mujeres, ellas han interiorizado formas de ser y actuar frente a la actividad física como una acción de autocuidado y que a menudo no es una interiorización positiva, cargada de significados construidos en el sistema patriarcal, como la mujer madresposa, fértil, cuyo cuerpo es para otros (Lagarde,1997). Esta constricción social como la menciona Viveros (1999), tiene algunas repercusiones en la autoestima, en la toma de decisiones personales, en la actuación para un beneficio propio como lo es la salud física.

4.3.3 Significados Sobre la Asistencia a las Instituciones de Salud y su Relación con el Cuidado de los Otros

Los significados de las mujeres con respecto a la actividad de asistencia a las instituciones de salud, una acción que desarrollan de manera periódica como parte de las acciones que establece la UNEME EC como parte del tratamiento, se caracteriza por ser una actividad obligatoria, que requiere un esfuerzo físico y mental para las mujeres. En ese sentido, las mujeres en sus narrativas hacen mención que requiere un procesamiento de asimilación y disposición para despegarse de su dinámica familiar y doméstica durante un horario prolongado; es también el asistir a la institución de salud un esfuerzo físico extra, porque implica que las mujeres dupliquen esfuerzos para la elaboración de alimentos que la familia consumirá durante su ausencia.

Por otra parte, se interpreta que las mujeres asumen un rol de vigiladora, que es el estar al pendiente de los chequeos médicos de los otros, ya sean hijos, esposo y hermanos, en ocasiones

no es una función asignada de manera directa como es el caso de los hermanos, pero es considerado por las mujeres como un deber de apoyarlos, y de estar pendiente de su salud. Es decir, las mujeres han asumido roles de cuidadoras primarias, un rol asignado socialmente a las mujeres en el sistema patriarcal. En ese sentido, autores como Jiménez y Moya (2017) mencionan que las mujeres asumen cuidar la salud de otros como parte de sus responsabilidades, ya que cuidar a los miembros de la familia es un rol que se encuentra tan naturalizado, pues ve el cuidar a otros como un deber propio, un deber moral dentro de la familia.

Este aspecto se argumenta con las narrativas de Cristina y María. En el caso hacen mención de que ella necesita mentalizarse desde tiempo antes para asistir a las instituciones de salud, de saber que tiene que dejar a sus hijos y su casa con todos los cuidados de que implica, e incluso elabora los alimentos que durante el día necesitarán sus familiares; es decir, el asistir a la institución de salud implica una actividad mental y de organización de actividades domésticas antes de la cita médica:

Yo ocupo mentalizarme para venir aquí, hoy vengo mentalizada que voy a estar aquí, que allá voy a dejar todo, allá voy a dejar negocio e hijos, todo” (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023). Por ejemplo, antes de venirme ya les dejé desayuno y lonche listo a mi hijo y traje para mí y mi esposo.

Yo dejo todo listo antes de venir aquí, ya me mentalizo que voy a pasar todo el día” (E-2, comunicación personal, 9 de marzo del 2023).

Por otra parte, también se presentan algunos significados de cuidados de la salud con respecto a otros, tal es el caso de Juana, quien hizo mención, que ella se hace cargo de las citas médicas de sus hermanos, padre y esposo. Ella dice que aprovecha cuando le toca asistir a la

consulta médica y/o chequeos organiza las citas de los demás. Se considera entonces que su salud es también parte del cuidado de otros familiares.

Yo siempre estoy al pendiente de mi papá y mis hermanas, siempre les ando sacando cita, las traigo, ya sé que cuando me toca a mí les toca a ellas, porque siempre las ando arriando pa que se cuiden, se enojan, por ejemplo, mi hermano ya no viene, se hartó de que uno le diga y le diga (E-6, comunicación personal, 13 de junio de 2023).

Los análisis de las narraciones han permitido interpretar que los significados sociales sobre la asistencia a las instituciones de salud relacionados con la construcción social de los roles que han asumido las mujeres como cuidadoras de otros, es una actividad de autocuidado que ejercen las mujeres de manera obligatoria, el cual requiere de un esfuerzo mental y de organización en las actividades domésticas e incluso familiar. Es también una actividad que genera desigualdad social en cuanto a la distribución de actividades en el hogar, porque requiere de doble esfuerzo físico para dejar todo en orden en casa y que la alimentación familiar esté asegurada durante el día.

Se interpreta entonces, que es una desigualdad, en cuanto a la distribución del rol de cuidados, al grado que las mujeres se responsabilizan de cuidar a otros, afectando la salud física y emocional porque implica doble trabajo doméstico, pero además una mentalización, es decir un esfuerzo mental de despego familiar, estrés y ansiedad, él pensar que los demás estén bien cuando ella sale de casa. Pues la responsabilidad asignada en asistir a los miembros de la familia, hacer la comida, el aseo, la ropa, pagos, entre otros, les genera situaciones de estrés y ansiedad. Por lo tanto, la naturalización de cuidar la salud de los otros se convierte en algo abrumador, que conlleva una carga mental y agotamiento, pero que además son invivibles para la sociedad (Vonavitta, 2020).

4.4 Proceso de Construcción Social del Cuidado de Sí en Salud desde las Experiencias Vividas de las Mujeres con Sobrepeso y Obesidad

El cuidado de la salud, tanto física como mental, requiere de acciones que los humanos realizan en su vida cotidiana, pero que para que se desarrollen se requiere de una actividad cognitiva, el cual se puede conocer a través de las representaciones y significados. Con respecto al cuidado de la salud de las mujeres con sobrepeso y obesidad que asisten a las UNEME EC, en Culiacán, Sinaloa, es considerada una actividad construida motivada y desarrollada por aquellos significados que las mujeres han adquirido a lo largo de su vida, mediante experiencias que han vivido en los contextos cotidianos.

Este apartado presenta aquellas narrativas de experiencias vividas por las mujeres en sus etapas pasadas con respecto al cuidado de sí en salud, así como una reconstrucción del proceso de configuración de significados desde la infancia hasta la actualidad en cuanto al cuidado de sí en salud, y de los otros como parte de las asignaciones de género. Así mismo, se presenta un análisis que permite contestar la siguiente pregunta y objetivo general: ¿cómo construyeron los significados sociales sobre el cuidado de sí en salud, las mujeres adultas con problemas de sobrepeso y obesidad, respecto a su imagen corporal, alimentación, actividad física y la asistencia a las instituciones de salud, y el cuidado de los otros a partir de las asignaciones sociales del género?

Objetivo general: comprender de qué manera fueron construidos los significados sociales del cuidado de sí en salud de las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad, a través de las experiencias de vida, con relación a su imagen corporal, la alimentación, actividad física, la asistencia a las instituciones de salud y el cuidado de los otros como asignaciones de género.

4.4.2 Construcción Social de la Imagen Corporal desde los Estereotipos de Género

El cuerpo como construcción social es moldeado físicamente y definido en la imagen corporal que da sentido y función (Espeitx, 2006). Es considerado una expresión material que traduce símbolos y es moldeado estéticamente (González, 2008). Ese moldeamiento del cuerpo es considerado una construcción social del individuo que se materializa en lo físico, pero que antes de ser materializado se construye cognitivamente a través de las interacciones con los contextos sociales y culturales, específicamente en los grupos sociales con los que socializa.

Esas socializaciones permiten la concepción de la imagen corporal traducida en significados con respecto al cuerpo y la función que tiene en su contexto cotidiano (Turner, 2008). Con este argumento, se presenta entonces el proceso de construcción de significados que poseen las mujeres adultas en torno a su cuerpo con características de obesidad, destacando las experiencias de vida que las llevaron a la construcción de esos significados de la imagen corporal actualmente. De las experiencias más representativas, se destaca a la señora Marina y Perla, quienes en sus experiencias de vida desde la niñez, adolescencia y adultez han construido significados asociados al cuerpo delgado, su aceptación y problemas de autoestima y depresión.

En ese sentido se destacan los relatos de vida de la señora Perla, quien desde la niñez ha presentado problemas de aceptación de su cuerpo, trayendo problemas de *bullying* por parte de sus compañeros de escuela, la cual la llevó a tener baja autoestima e incluso episodios de depresión, pero que esos acontecimientos en su etapa adulta la llevaron a tener un significado del cuerpo distinto y una aceptación mayor, hasta llegar al autocuidado, pero que es obstaculizado en las interacciones con las personas que socializa como cuidadora principal.

Recuerdo que en sexto los niños se burlaban de mí por estas, [bubis] porque las tenía grandes y recuerdo que un día me harté y le pegué a una morrilla, y se armó todo un escándalo, al principio era bien sumisa y después fui bien cabrona, ya en la secundaria no me dejaba de

nadie, pero en la primaria yo no tuve recreo, casi no salía al recreo, me la pasaba en el salón como le digo platicando con mi maestra (E-5, comunicación personal, 12 de junio del 2023).

Siii había unas burlas, pero pos, igual en donde tuve problemas fue ya con una maestra que me quiso mucho, la verdad y me apoyó mucho, si pasé una etapa muy difícil, de hecho, yo no tuve 15 años, a causa de esas cosas, pero me apoyó mucho mi maestra, platicaba mucho conmigo, mi mamá también, la maestra más porque ella convivía todas las mañanas conmigo, más que mi mamá, porque mi mamá siempre tenía trabajo, como todos los papás, y ya cuando podía, pues ya era noche (E-5, comunicación personal, 12 de junio del 2023).

Perla narra que, en sus primeras etapas de vida presentó experiencias relacionados con la violencia verbal por parte de los compañeros de escuela por tener un cuerpo obeso, senos grandes, la cual la llevó al presentar dificultades en aceptar su cuerpo y aspectos emocionales como la baja autoestima al grado de no aceptar tener festejo de 15 años, una fiesta tradicional familiar donde las adolescentes al cumplir la edad de presentarse en sociedad, según las reglas sociales. Es un acontecimiento importante para las adolescentes, pues tienen significados de mostrarse imagen al mundo.

Es también en las primeras etapas de vida donde expresa Perla que tuvo poca comunicación con sus padres, debido al trabajo, especialmente en platicar temas relacionados con su cuerpo. Sin embargo, en la socialización secundaria muestra tener una mayor comunicación con maestros, especialmente una maestra que la ayudó en el proceso, siendo su apoyo emocional, especialmente en la situación de rechazo y burlas que presentaba por parte de sus compañeros. Esta misma situación la llevó a tener interacciones con sus compañeros de rechazo y presentar problemas de comunicación el no aceptar el *bullying* por su cuerpo.

En la etapa adulta, Perla actualmente muestra mayor aceptación de su cuerpo, reconociendo que siempre fue gordita. Acepto su cuerpo porque así nació, busca adelgazar, pero para sentirse bien de salud. En sus narraciones especifica que no ha tenido problemas por su cuerpo obeso, el cual muestra un crecimiento, es decir, del rechazo del cuerpo en sus etapas de niñez y adolescencia hasta la aceptación en la etapa de la adultez temprana, puesto que Perla es una mujer de 34 años.

Nooo, pues yo siempre he sido gordita, y siempre he sido gordita a comparación de mis hermanas porque mis hermanas, casi todas son delgadas, nomás yo y otra hermana que tengo hemos sido siempre gorditas, así que no nunca me he sentido mal por ello, al contrario, o sea, me he aceptado porque así nací, y si he intentado bajar, pero no, pero nomas he llegado a cierto límite, no, no tan delgada, simplemente con que yo me sienta bien de salud así me siento yo muy bien” (E-5, comunicado personal, 12 de junio del 2023).

Siii, nunca me he comparado, pero si recuerdo que tuve algunos problemas cuando era niña, pero esos ya los superé. Si había unas burlas por mi cuerpo, yo no tuve 15 años a causa de esas cosas, no me gustaba como estaba” (E-5, comunicación personal, 12 de junio de, 2023).

En la etapa adulta temprana, Perla muestra significados del cuerpo distintos a los que presento en la etapa pasada, se muestra un cambio de su autoimagen; esto es, de lo que es un cuerpo físico, así como mayor aceptación de este en su etapa adulta, se puede identificar que Perla ha presentado una reflexión de lo que es y debe de estar su cuerpo físico y cómo cuidarlo, dando un salto de significados negativos en sus etapas pasadas a un significado del cuerpo en etapas actuales. Situación que también vivió situación que también vivió Cristina (ver narraciones).

¡Ah! no sí, pero como le digo no me acomplejo mucho, que, por mi tamaño, que porque, primero me decían que, por chaparrita, cuando era niña, ya en la secundaria sí me sentía mal,

pero ya no, y aparte no soy la única en el mundo (E-1, comunicación personal, 7 de marzo de 2023).

Mi mamá siempre vivió acomplejada por el cuerpo de nosotras, pero ahora de adulta supe por qué, porque ella sufrió violencia, ahora digo yo, ella siempre, ella se mortificó por nuestro cuerpo físico, recuerdo que ella siempre nos decía, ella siempre se cuidó de lo físico, ella siempre evitaba que nosotras jugáramos con los niños, porque en mi cuadra había muchos niños y nos dejaba salir a jugar, ella siempre nos cuidaba, no dejaba que ni nos tentaran, que nada de jugar a las tentadas, siempre nos ponía un shorts abajo del vestido, así nos crió mi mamá (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

Por el contrario, Marina, mujer de 42 años, quien actualmente tiene una autoimagen negativa de su cuerpo y tiene problemas de aceptación de su sobrepeso, lo que ha llevado a presentar problemas de depresión o baja autoestima por la nula aceptación de cuerpo obeso en la etapa de la adultez, situación que en la etapa de la juventud no fue así, ya que construyó una imagen entorno a los estereotipos occidentales de lo que debe ser el cuerpo de una mujer. En sus narraciones muestra cómo en sus etapas de la juventud, era delgada, aceptada y adulada.

Yo era delgada, porque yo creo que mi trabajo fue muy, deste, como se dice, fui muy entregada al trabajo, yo me olvidaba de comer, no estoy enferma, que diga estoy anemia noo, y me dedicaba al trabajo. Yo era delgada porque trabaje 15 años en Ley” “Pero me gustaba ser delgada, no sé, como era delgada, la gente me miraba y decía ¡ha mira!, a lo mejor porque no era bonita, pero me arreglaba, me arreglaba muy bien, entonces me gustaba mucho que la gente me dijera, ¡qué bien te ves! ¡haaa que bonita!, ¡y qué delgada estas!, porque hoy en día hay mucha gente que no se cuida, la obesidad pues, y decía yo, ¡ojalá nunca yo este así!, pero yo usaba una fajita para todo tiempo amoldar y la fajita que me ponía yo, me ayudaba

mucho a no comer bastante también, y ahora nada (E-3, comunicación personal, 10 de junio del 2023).

Marina, en su etapa de juventud, fue de complexión delgada; ella en sus narraciones muestra de qué manera se cuidaba para estar delgada; le gustaba que la adularan y le reconocieran lo delgada que estaba. Muestra además acciones de arreglos físicos para verse aceptable ante ella y los otros. Se puede identificar que ella tenía una autoimagen aceptable, sin problemas de negación del cuerpo. A su vez Marina, presenta interacciones con los compañeros de trabajo, quienes al momento de interactuar le socializan significados normalizados de lo que debe ser un cuerpo de la mujer occidental, el cual ella aprendió y objetivó en sus acciones de lo que debe ser el cuerpo de una mujer.

Marina sufrió un cambio físico del cuerpo a ser delgado y con sobrepeso, el cual le ha afectado de manera negativa en la autoimagen, misma que le ha traído problemas de estrés, depresión y ansiedad. Marina presenta cambios en su cuerpo, tanto físicos como de presentación de este. Ella lo asocia a los acontecimientos de unión de pareja, desigualdades en la distribución de roles, y no ver cumplido sus anhelos de progresar económicamente, la cual la ha llevado al descuido de su imagen corporal.

Era delgada, mi vida, a de cuenta que cambió desde que me junté con él, sí cambié muchísimo, era otra persona, uuuh yo que esperanzas que, yo cargaba un peinado, yo siempre andaba bien alaciada, bien pintada, yo que esperanzas, o andar en sandalias, o sea, di un giro muuuy....y eso empezó a entrar, a de cuenta que me empezó mi enfermedad esa, porque agarras otro tipo de vida, pues yo estaba impuesta a la soltería, tenía a mis hijos pero estaba ahí pues, yyyy a de cuenta yo me junte con él y que tu vida cambia muchísimo pues” “Pues mi cuerpo es lo más importante... eh... pero ahora que estoy así. ¿Qué si me siento obesa?

sí... antes estaba jovencilla todo el tiempo y aaahh eehehh y hasta, cómo le pudiera decir, era una formaaaa. me sentíaaaa...!, tenía un cuerpazo, la verdad, siempre tuve yo un muy bonito cuerpo (E-3, comunicado personal, 10 de junio del 2023).

Si...y todavía hace poco, hace como unos cinco años, ya empecé a engordar y engordar, y me consideraba, porque la gente me decía, ¡aaah, ya está vieja y tienes un cuerpazo, y tienes tantos hijos! ¡Cuántas diéramos por tener tu cuerpo! y de una se fue, pero yo pienso que fue del estrés porque tuve trabajos muy, eehe de rango, muyyyyy, fui jefa en ley, encargada de un Oxxo, pues, y eso es mucha responsabilidad... me veo al espejo y digo ¡No me gusta, estoy engordando! y digo ¡ah, estoy muy gorda! (E-3, Comunicación personal, 10 de junio del 2023).

Los cambios en el cuerpo, desde las experiencias de las mujeres lo asocian al casamiento, otras al tener cirugías, otras se dan cuenta del problema de sus cambios físicos de su cuerpo cuando aparecen el diagnóstico de la diabetes, empiezan a regresar a reflexionar sobre su cuerpo y hacer un paréntesis en cómo se está viendo su cuerpo físico y buscar hacer cambios en los estilos de vida, situación que también vivió Cristina.

Desde los 35, después de que...bueno, desde los 36 después de que me operaron, como me descuide, más yo creo, no sé, empiezo a estar más gordita...Pues eso cuando menos piensa ya está así, jajá, [se toca su cuerpo la parte obesa]. Mira, cuando menos piensa, ya está la lonjita aquí [se toca su cuerpo], la lonjita allá, lo que sí, donde noté, ya con la diabetes, fue cuando dije yo “chale” “ya no” aquí fue donde no me gustó ya estar con sobrepeso, no sentí que fuera para mí (E-1, comunicación personal, 7 de junio del 2023).

En la etapa de la juventud, las mujeres presentan significaciones de cuerpos delgados al ser parte del significado social de los compañeros de trabajo, quienes muestran tener mayores interacciones, mencionando, además tener aceptación de la imagen corporal delgada, adulada por familiares, compañeras y compañeros del espacio laboral debido a los estereotipos de lo que debe ser el cuerpo de una mujer, además de que solían sentirse motivadas y con autoestima alta.

En la adultez, las mujeres presentan experiencias de estado civil, casadas o en unión con pareja, el tener una vida doméstica, tener hijos por cesárea. Con respecto al cuerpo biológico, empiezan aparecer el sobrepeso, la obesidad, que desde las narraciones de las mujeres lo asocian al descuido, el no ponerle la atención requerida, por lo que el cuerpo pasa a segundo nivel de importancia. Es también en esta etapa donde presentan poca o nula aceptación del cuerpo de quienes fueron delgadas, así como también cuadros de estrés, ansiedad y depresión, que son identificados por las propias mujeres como acontecimientos que las hacen comer y tener cuerpos obesos.

Ante la descripción de algunos acontecimientos de vida de las mujeres con respecto a la imagen corporal, lleva a comprender que las mujeres, en su proceso de construcción de significados del cuidado de sí en salud, aparece un elemento importante que es el cuerpo, donde presentan significados, sentimientos y actitudes que las llevan a mostrar aspectos identificados como factores negativos con respecto a la aceptación de su imagen corporal. Esos aspectos tienen que ver con los estereotipos del cuerpo delgados, asumidos socialmente en los espacios de mayor interacción, que es lo escolar en la infancia y adolescencia y laboral en la juventud.

Se pudo comprender que las mujeres sufrieron un proceso de aceptación del cuerpo, de mujeres que fueron con obesidad en la infancia y adolescencia y un proceso de negación del cuerpo de mujeres que fueron delgadas en su juventud y que en la edad adulta están con sobrepeso. De

esa manera, se comprende que la construcción de la imagen corporal de las mujeres, específicamente, tiene que ver con sus condiciones de vida pasadas, por lo que se pueden entender estas relaciones de la siguiente manera: infancia/adolescencia + cuerpo obeso + violencia verbal del cuerpo en la infancia y adolescencia= aceptación de la imagen corporal en la etapa actual, por otra parte, infancia/juventud + cuerpo delgado + elogios por ser delgada=negación de su imagen corporal en su etapa actual.

En ese tenor, la imagen corporal es adoptada por las mujeres en un proceso de construcción que va desde la socialización primaria; es decir, desde la niñez, donde la percepción de la imagen que poseen los miembros de las familias adultos, puede influir en la construcción de la imagen corporal de los hijos, y en la socialización secundaria, que es donde aparecen los grupos de pares, maestros, medios de comunicación e instituciones de la salud, entre otros, que también inciden en la construcción de la imagen corporal de los sujetos, los cuales llagan a reforzar la construcción de la imagen corporal o modificarla.

Para finalizar, lo anterior permite analizar que existieron ciertos acontecimientos durante la trayectoria de estas mujeres que las llevaron a construir su imagen corporal actual, el cual es un aspecto significativo relacionado con el cuidado de sí mismo, ya que interiorizar el cuerpo, aceptarlo, reflexionar sobre él es una dimensión del cuidado. Las experiencias de vida de las mujeres adultas con problemas de sobrepeso y obesidad se identificaron como significativas en los procesos de construcción social del cuidado de la salud individual, ya que en cada una de las etapas muestran procesos cognitivos, de aceptación, no aceptación, pero además elementos de los contextos sociales en los que interactuaron que influyeron en la construcción del significado.

4.4.3 Construcción Social del Cuidado de Sí en Salud de las Mujeres con Sobrepeso y Obesidad.

El cuerpo, desde la subjetividad de los sujetos, se torna una situación de imagen corporal, en donde se han identificado elementos que llevan a relacionarlos con la salud del cuerpo, y que a su vez son parte complementaria en el cuidado de sí. El cuidado de la salud del cuerpo requiere de acciones que los humanos emprenden durante las etapas de su vida; es decir, un cuidado físico y mental que se traduce al cuidado de uno mismo; esta es una responsabilidad que el sujeto asume de manera individual como acto de reflexión constante traducido en acciones. Es también una serie de conocimientos sobre reglas de conducta que son verdades y prescripciones que se deben asumir para cuidarse así mismo (Chirolla, 2007) y (Sossa, 2010).

Con respecto al cuidado de su salud, las mujeres con sobrepeso y obesidad que actualmente asisten a las instituciones de salud presentan significados en cuanto a las formas de cuidarse a sí mismas, las cuales fueron construidas durante sus etapas de vida a través del proceso de socialización primaria y secundaria. Presentando experiencias de vida relacionadas con contextos familiares de pobreza, casamientos, abandono, hijos a temprana edad, jefaturas familiares, diagnósticos de diabetes y muertes de familiares que de alguna manera incidieron en los significados de no cuidar la salud del cuerpo a pensar en cuidarse.

En ese sentido, se presentan los relatos de dos mujeres, quienes de forma particular vivieron experiencias importantes en sus etapas de vida que las llevaron a construir significados importantes en el cuidado de su cuerpo. Dichos significados van de una despreocupación del cuidado en la infancia, hasta una necesidad de estar pendiente de su salud, especialmente en las modificaciones de estilos de vida, que va de la búsqueda constante de modificar su alimentación y establecer rutinas de ejercicio físico, como una forma de cuidar su cuerpo. Para verificar lo antes mencionado, se presentan las narrativas de Cristina y María, quienes en sus discursos muestran cómo ellas fueron modificando sus significados de cuidar el cuerpo.

Cristina, por su parte, desde niña, al tener interacciones con sus padres, narró que en la infancia su mamá le daba algunos consejos sobre cómo debían cuidar su cuerpo; sin embargo, hace referencia, a que no le tomaba importancia al cuidado. Recuerda, que el cuidado que ella tenía era cuando se enfermaba de anginas, que era cuando la llevaban al doctor, aspecto que señala que sus padres no le comunicaban que debía de cuidarse de la diabetes, solo la llevaban al doctor cuando lo requería.

Que me hayan enseñado a cuidarme a mí misma, pues mi mamá me daba ciertos consejos, ¿no sé a qué se refiere como de todo? Si en todo, pues sí nos daba consejos, pero [baja la voz], agarra uno otras cosas. Algo normalmente de lo que me enfermaba nomás, me enfermaba mucho de las anginas, pero algo así malo o que me haya pasado no, de enfermedad no.... como regular que me llevaban al doctor (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

Pues de que me hayan enseñado, como le digo, siempre ha habido enfermos y decía mi mamá que.... que... no me acuerdo, yo siempre he vivido entre gente enferma, ya no sé la verdad, pero ella no, por ese lado no nos decían así, como le digo. Yo miraba que siempre se checaban mi apá y mi amá, porque eran diabéticos también, pero ellos nunca me decían que me tenía que checar y cuidar, nunca me dijeron nada. Por ese lado no hubo tanta comunicación, yo nomás, lo que miraba, la verdad, hasta ahora después de adulta que me han dado la información, pero en mi casa no me inculcaron cosas de esas, la información, la verdad (E-1, comunicación personal 7 de marzo del 2023).

Cristina, en su infancia muestra que ella interactuaba con sus padres enfermos y veía cómo se checaban, más nunca supo qué enfermedad padecían. Asimismo, hace mención que no tuvo una comunicación adecuada con sus padres en cuanto a la enseñanza que le pudiesen dar para cuidar

su salud. Sin embargo, sí menciona que su madre cuidaba de ellas en cuanto a su cuerpo como mujer, previniendo cualquier situación de violencia física hacia ella y sus hermanas, las cuales hasta en la etapa adulta comprenden el porqué de la actuación de su mamá, ya que en su infancia la madre vivió violencia sexual.

Si me llevaban al doctor, me considero una vida normal, si se preocupaban por mí, pero no me decían que no debía comer, hacer ejercicio. Mi mamá siempre vivió acomplejada por el cuerpo de nosotras, pero ahora de adulta supe por qué, porque ella sufrió violencia, ahora digo yo, ella siempre, ella se mortificó por nuestro cuerpo físico, ahora entiendo por qué fue así, ahora entiendo su trauma, ahora la entiendo, ella siempre nos decía. Ella siempre se cuidó de lo físico, ella siempre evitaba que nosotras jugáramos con los niños, porque en mi cuadra había muchos niños y nos dejaba salir a jugar. Ella siempre nos cuidaba, no dejaba que ni nos tentaran, que nada de jugar a las tentadas, siempre nos ponía un short abajo del vestido. Así nos crió mi mamá. Por eso de digo ahora de grande entendí los complejos de ella pues, claro que ella nos cuidaba para que no nos pasara nada, como toda mamá que nos importan nuestros hijos, pero ella a veces era muy extremista, muy extremista era.... y aun así aún no sentí que me haya traumatado, ahora lo recuerdo, pero no tuve de ese tipo, si o que ahora entiendo, esto, sino que mis hermanas nos ponemos a platicar (E-1, comunicación personal 7 de marzo del 2023).

Las narraciones de Cristina muestran cómo la socialización de sus padres hacia ella y sus hermanas no mostraban enseñanza hacia el cuidado de su cuerpo, más bien lo mostraban en sus acciones, las cuales no eran de manera frecuente porque expresó haber tenido una infancia saludable. Así también, Cristina en sus discursos mostró que el significado de cuidar la salud en la infancia solo era en caso de enfermedades graves, que requerían la atención de los profesionales

de la medicina, así como también el cuidado del cuerpo físico en cuanto a la violencia física y/sexual ejercida por el sexo opuesto. Con ello se puede comprender que tanto la madre como Cristina vivieron en contextos de violencia de género y donde los padres no se preocupaban por tener una comunicación adecuada con los hijos en cuanto al cuidado de su salud.

Aspecto que se viene a reafirmar con María, quien en sus narraciones hace mención de que en su infancia vivió en contextos de pobreza extrema, donde sus padres solo se preocupaban por trabajar para sobrevivir y describe el cómo desde pequeñas las llevaban a trabajar al campo, al estar en contacto con los rayos del sol, presentaban manchas y quemaduras por el sol. Situación en que María asocia el cuidado del cuerpo a la salud de su piel, la cual no menciona además que se preocupara por el cuidado cuando era pequeña; situación que continuó en su juventud, ya que al quedar en situación de abandono por parte de la pareja y quedarse como responsable del cuidado y manutención de sus 4 hijas e hijos, solo pensaba en sobrevivir.

Mmmm nunca nos cuidamos, nosotros fuimos muy pobres, o sea fuimos muy pobres y desde chiquillas nos llevaban a trabajar a cortar chile, tomate, al solazo, por eso estoy toda manchada, me dijo el especialista: ¡ya te está cobrando factura! Bueno ya tienen años de eso, que estoy quemada del sol, me hace mucho daño, me dijo que ya estaba cobrando factura, porque no me cuidaba pues, pues cuando estaba chiquilla que trabaje en el sol y eso, no me cuidaba, nunca me cuidé, entonces ahora de grande ya me cuidé, pero pues yaaa, con los embarazo me empezó a salir el paño y ya después me quemaba, es por el sol, porque es aquí donde las blusas me llegan y ya últimamente usaba sombrilla, paraguas, bloqueador, pero yaaa estoy manchada, o sea [gestos de resignación] (E-2, comunicación personal, 9 de marzo del 2023).

Pues le digo, lo que pasa que yo me quedé sola con cuatro niños cuando tenía como 22 años o 23 y nunca tuve relaciones, nunca conocí a nadie, nunca, nadie me ayudó pues a sacar a mis hijos adelante, entonces yo no me cuidaba, la verdad yo no me cuidaba porque no tenía ni pa' darles de comer a mis hijos, yo de un botecito de crema le daba de comer a mis 4 hijos, con un botecito de crema, esos de cuartito eso comían, o una sopita o una morisquetita, nomás pa eso me alcanzaba, entonces yo nunca me cuidaba de nada, mi cara nunca me la cuide, mi cuerpo, a veces no tenía, me lavaba el pelo con jabón de polvo, con jabón de pan, me ponía limón al último, o sea nunca, nunca me cuidaba porque no tenía dinero, porque mi esposo se fue a Estados Unidos y nunca supe de él, entonces mis hijos crecieron y ya, hasta apenas, se puede decir que hace unos, que será, unos ocho o diez años que me empecé ya, según a comprar cremitas, x, cosa, shampoo, y ya, antes no me cuidaba porque no había manera (E-2, comunicación personal, 9 de marzo del 2023).

La situación de María lleva a comprender cómo la situación de pobreza y vulnerabilidad al quedarse como jefa de familia por el abandono del padre de sus hijas e hijos, no le permitía pensar en cuidar la salud de su cuerpo, por lo que la etapa de la juventud al casarse y unirse en pareja fue un acontecimiento que la llevó solo a la sobrevivencia y el descuido de su salud. Fue hasta en la etapa adulta, cuando ya sus hijos no requieren de cuidados ni manutención, es cuando empieza a pensar en cuidar la salud de su piel, al tener mayor preocupación por autocuidarse, especialmente en el cuidado de la piel.

Sin embargo, María actualmente enfrenta una situación complicada de salud, puesto que fue diagnosticada con diabetes 2, experiencia que narra el cómo, al darle diagnóstico de la enfermedad, la llevó a reflexionar sobre la importancia de cuidar la salud interior de su cuerpo, ya que menciona, que antes nunca había pensado en que ella algún día enfermaría de diabetes. María

narra cómo fue el diagnóstico y cómo el acontecimiento la hizo reflexionar y modificar sus estilos de vida, sobre todo en la alimentación y la actividad física (ver narración).

Pues la primera vez que fui traía muy alta el azúcar, entonces el doctor luego, luego me quería poner insulina y ya a mí, ya me dio mucho miedo, osea y cuando me mando hacer los estudios, una doctora que me revisó me dijo lo mismo, me dijo ¡lo que me preocupa es su diabetes! Me quedé así [pone expresión de impactada] y le dije: ¿oiga y así como está ahorita los resultados, le digo, me tienen que poner ya insulina? y me dijo que sí, y pues yo me asusté mucho, mucho mucho, y pues no sé en qué se basó la doctora de allá, que traía sangre en la orina, y, y no orinaba sangre, pues no se en que se basó, pero la verdad si me asusté mucho mucho, entonces el doctor me dijo ¡ya le vamos a poner insulina! Y le dije yo, ¡ay doctor espéreme tantito, le digo, espéreme un mes! Y me dijo ¡noo señora, es que si a usted la mandaron aquí es porque va a hacer lo que aquí se le dice, usted viene a que uno le ayude y lo que le puedo decir es que usted requiere insulina! y le dije ¡pues espéreme, doctor, la verdad, no sé, se me hace muy feo depender de la insulina y cosas de esas! Y me dijo ¡mire no la vamos a obligar! (E-2, comunicación personal, 9 de marzo del 2023).

Entonces yo le metí ganas, o sea porque la verdad yo sí me asusté y como le digo no había yo, como que no le tenía así, cuando me dijeron recién que yo tenía diabetes, lo único que dije, como que lo tome a la ligera, lo tome a la ligera, pero porque yo nunca me había sentido mal tampoco y fue cuando yo dije ¡ayy, ya no voy a comer pastel, gelatina, refresco [RENEGANDO], osea eso fue mi preocupación y seguí comiendo de todo y como no me sentía mal, nunca, y como no me subía más de 200 y para mí estaba yo dentro de lo que cabe está bien, y como me mandaron para acá [HACE REFERENCIA A LA UNEME CRONICAS]. Porque del Centro de Salud me mandaron para acá y si estoy bien agusto, ya

bajé de peso, estoy haciendo ejercicio en bicicleta y le estoy bajando a la comida (E-2, comunicación personal 9 de marzo del 2023).

El diagnóstico de diabetes es un acontecimiento que en la vida de las mujeres fue un parteaguas para que empiecen a cuidar la salud física, especialmente en la cuestión de la alimentación y actividad física. Aspecto que señalan en sus relatos de vida Juana y Amalia, quienes, al enfrentar las complicaciones de la diabetes y la muerte de un familiar cercano, empezaron a reflexionar sobre el sentido de su vida y sobre todo buscar cuidarse a sí mismas con el objetivo de vivir más tiempo y disfrutar a sus hijos, aspecto que menciona Juana en sus relatos.

Yo creo que, porque mi mamá falleció muy joven, yo no quiero pasar lo que ella pasó. Mi mamá se fue como a los 62 años, se fue joven, yo pienso que ella aquí estuviera si ella hubiera llevado un buen control de su alimentación y de sus medicamentos, porque se tomaba el medicamento, no se lo tomaba bien, pero, aun así, aunque tomaba medicamento, ella pensaba que podía comer lo que quisiera y no se trata de eso. A ella ya le daban hemodiálisis, y lo que yo sé es que es un tratamiento muy pesado, salen muy débiles y eso, y ella murió, pero de un infarto, ella murió de un infarto, para murió joven, porque mira, yo tengo 42 años, y pienso cuanto me falta para llegar a los 60, cuando se fue, ¡y digo yo! Aaah, poco me van a quedar tantos años más de vida! Y digo nooo, yo quiero vivir más, ver a mis hijos crecer, disfrutar la vida (E-6, comunicación personal, 13 de junio del 2023).

Con el acontecimiento de diagnóstico, Juana empieza a darle un significado al cuidar su cuerpo, específicamente, le da un sentido de vida al cuidado para el disfrute de la vida por ella misma y para su familia, quien hace un recuento de la ausencia de su madre, de lo joven que murió, debido a que no cuidó su estilo de vida. Este acontecimiento de vida familiar llevó a Juana a

reflexionar sobre el amor propio y el deseo de tener una larga vida, aspecto que busca tener constantemente.

Así también Amalia cuenta cómo la enfermedad y muerte por diabetes de su pareja, la llevó a reflexionar sobre su salud y el estilo de vida que estaba llevando, especialmente no querer ser parte de las personas que ya son medicadas por diabetes. Amalia en sus discursos cuenta el cómo fue la muerte de su pareja, su mala alimentación y al ser diagnosticada ella con prediabetes no quiere pasar por la muerte tan joven, pudiendo alargar la vida hasta que ser adulta mayor.

Me cayó tres veces en el hospital, a la tercera fue la que ya no se pudo, porque él se excedía a tragos de esos cuartitos que hay de Lala, chocomil, escondido, ya que se acostaba, imagínate, pero lo que lo llevó a morir, ya se puso mal, con unos mentados tamales, de esos que venden los de acá de Carboneras y el terco de que le gustaba comprar de piña, ¡no son los del Hermano Medina! le decía! ¡no, sí! ¡son de piña buena!, y los de Carboneras agarran piña vieja. ¿TENÍA DIABETES? Sí, bien alterado y fumaba demasiado, tenía enfisema y pues no, las vías respiratorias las tenía muy mal, y pues no, él era necio en ese caso y ya él tenía guardadito sus dos cajitas de Lala, de chocomil y sus dos tamales, pues ahí se los empacó ya acostadito, e incluso yo cometí el error, y me di cuenta cuando lo llevé a encamar y yo, ya que regresé y me empecé a sentir mal, tomé agua, empecé con náuseas, nombre, fue un ratito que ya me andaba desmayando también (E-7, comunicación personal, 18 de junio del 2023).

Yo sí me preocupaba demás pues, ella venía a veces y veía la situación de cómo estaba, yo vivía para él / cómo le decía, me sentía responsable por su salud, tanto que me descuide yo mucho, mucho, de ser una persona deportista a ser lo que soy ahora. Yo tengo prediabetes y fijate que fue a raíz de que probé ese tamal y que me sentí mal, al tiempo, ya que pasó lo

del funeral y medio me acomodé, fui hacerme unos estudios y no, gracias a Dios, no salí con diabetes alta, a pesar de que estoy gorda, pero sí en los límites. Fíjate que hasta los dientes perdí, la dentadura es algo importante y me olvidé. Gastábamos tanto en cuidarlo que no invertí en mí. La muerte de mi pareja me pegó mucho, me fui con mi mamá a cuidarla, pa no estar sola y aparte porque me ocupaba, pero sí, él murió joven, yo creo, bueno para mí, oye, si no hubiera tenido tantas enfermedades y se hubiera cuidado, viviera unos 30- 40 años más, oye que no hace uno en ese tiempo, entonces dije, nooo, yo no quiero morirme. Entonces empecé a buscarle, sí a buscarle para mí, ver mi salud (E-7, comunicación personal, 18 de junio del 2023).

El relato de Amalia describe el acontecimiento de la muerte de un familiar o persona cercana a su vida por complicaciones por diabetes. El experimentar acontecimientos que las llevaron a sentir que morían, las llevó a reflexionar qué estaban haciendo con su vida, y empezar a buscar cuidar su salud física, y no solo la cuestión del peso, sino también hace referencia a la salud bucal como algo importante para ella. Consideraba que la muerte de su pareja se podría haber prevenido si se hubiera cuidado y mejorado su estilo de vida. Especialmente porque considera que murió joven, la vida le hubiera regalado muchos años más de vida.

Por lo tanto, se comprende que las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad muestran el proceso de construcción de significados asociados a cuidar la salud de su cuerpo, a través de las experiencias de vida que las llevaron a construir esos significados. En la infancia/adolescencia, como primera etapa de vida donde se presentan las primeras interacciones y socializaciones, las mujeres presentan acontecimientos de vida relacionados con la poca o nula comunicación con los padres, resaltando a la madre quien, desde su construcción social del rol de género, es quien

consideran que debió enseñarles temas relacionados en las formas de cuidar su cuerpo, presentando además desconocimiento y actitudes de desinterés en cuidar su cuerpo.

En la etapa de la juventud, las mujeres muestran acontecimientos de la unión de una pareja, mayor socialización con las madres de familia, con respecto a temas de cuidados, así como la llegada de los hijos, abandono por parte de la pareja, pobreza extrema y jefaturas femeninas que las llevaron a no pensar en cuidar su salud por cuidar de los hijos. En la etapa de la juventud, las mujeres poseen significados de cuidados del cuerpo físico como, la piel, el cabello e incluso la forma estética del cuerpo, pero qué por situaciones de pobreza no lo cuidaban debidamente, ya que no les alcanzaba el presupuesto para pensar en cuidarlo.

En la etapa de la adultez, se pudo identificar que las mujeres vivenciaron acontecimientos de vida que las llevaron a considerar cuidar la salud del cuerpo. Una de las experiencias más significativas es ser diagnosticadas con diabetes y la muerte de un familiar. Esto las llevó a construir significados de amor propio, cuidar su salud mental y física. Esto también se dio, porque empezaron a tener mayores interacciones con los profesionales de la salud, quienes en sus programas de atención- prevención de la obesidad y diabetes les socializaron información de cómo cuidar de manera correcta su cuerpo.

Por lo tanto, se puede comprender que, en esta etapa, es donde le dieron importancia al cuidado de su salud; sin embargo, es también en esta etapa donde presentan mayores interacciones familiares, institucionales y en los contextos, quienes han dificultado establecer prácticas rutinarias de autocuidado. Por lo tanto, se comprende que las formas de construcción social sobre el cuidado de su salud de las mujeres se desarrollaron por los procesos de socialización con la madre de familia principalmente, quienes en sus interacciones sociales desarrollaron socializaciones con el uso del lenguaje y conductuales que favorecieron las subjetividades en torno a cuidar su cuerpo.

En los tres escenarios que plantea Muñoz (2009), en el entorno social, en el pensamiento y en las acciones que ejercen para modificar o transformar su condición.

Para concluir este apartado, hay que destacar que los escenarios familiares de poca interacción con los padres, condiciones de pobreza, violencia de género en las primeras etapas de vida configuraron significados de descuido, pensar que ellas no se enfermarían, pero además una concentración de cuidados a los hijos poniendo su necesidad de cuidar su salud al final, e incluso ni pensar en cuidarse. En la etapa de la adultez, con la llegada de las enfermedades de hipertensión, diabetes e incluso problemas hormonales, llevaron a las mujeres a buscar la salud del cuerpo con el acercamiento a las instituciones de salud, donde por medio de las interacciones con los profesionales de la salud y la información proporcionada están configurando nuevas formas de cuidar su salud.

Por lo tanto, se menciona que el cuidado de su salud de las mujeres con sobrepeso y obesidad se construyó, como lo menciona Muñoz (2009) “en las relaciones sociales, en las interacciones y en las prácticas, pues estas condicionan las representaciones sociales que un sujeto tiene sobre el cuidado de su salud, y tienen lugar gracias a los procesos comunicativos e intersubjetivos entre los miembros del grupo social del cual se forma parte” (Muñoz, 2009, p. 392).

4.4.3.1 Construcción Social del Cuidado de la Salud desde la Alimentación

La alimentación, vista como un acto social, implica un proceso de construcción social, misma que está asociada a las condiciones sociales y culturales donde los humanos interactúan por medio de la socialización con los otros. En ese sentido, se puede decir que la alimentación es un acto aprendido por la socialización con los grupos sociales y culturales a donde pertenece cada individuo. Autores como Fichler (1995), Contreras y Gracia (2005), hacen mención que la

alimentación como acto social se visualiza en las prácticas alimentarias, y que a su vez son conducidas por los significados y representaciones que poseen los actores sociales en torno a ello.

Dichos significados sociales de la alimentación de las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad giran en torno a los hábitos alimentarios construidos en los espacios con los que socializaron durante las etapas de vida. Las construcciones sociales de las prácticas alimentarias que presentaron las mujeres como acciones del cuidado de la salud, de la misma manera que los significados que construyeron para cuidar su cuerpo configuraron significados de la alimentación a través de las experiencias de vida en sus etapas pasadas.

De las experiencias más significativas, se destacan los relatos de vida de Marina, Juana, Marina y Alma, quienes presentan relatos vividos de su infancia, juventud y adultez en su acercamiento a los alimentos y los significados que representaban para ellas y cómo fueron cambiando en sus etapas de vida. En la etapa de la infancia, se destaca cómo se presentaban las primeras interacciones con la madre de familia, pues quien fue la principal figura importante familiar que les enseñó los alimentos que podían consumir. En ese sentido, las narraciones de Marina, quien en su infancia recuerda tener interacciones con las comidas chatarra, evidencia que la comida con grasa representaba felicidad para ella el poder consumirla.

Ya ve que, a uno, como lo van acostumbrando, verdad, lo que sí antes, se usaba mucho, ¿se acuerda? Mi amá, a mí me acostumbró a consumir los sobrecitos de Kool Aid, ahora es el Zucko y todo eso, eso no lo tomo, es lo único que recuerdo, esos sobrecitos que hasta heladitos nos hacían, era lo que uno comía en las tardes, ah, pero cómo nos ponían muy felices, ¿se acuerda? Es lo único que recuerdo más, pero de ahí pa ya... pues comemos como ella nos acostumbró. Ah, otra de las cosas, mi amá nos acostumbró, a comer mucho chorizo con huevo y eso no, yo no lo consumo, si como chorizo con huevo será unas dos veces al

año, yo no soy muy choricera, el famoso chorizo con huevo o el chocomilk igual tampoco lo tomo, igual son varias cosas que ya no hago, será que ya el arroz, igual, la sopa, será que cansa de comer todo eso, normalmente yo no lo cómo, bueno, en mi casa no se consumió por ahí una o dos tres veces cuando me acuerdo, casi no lo cocino” (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

Marina en su narración muestra su encuentro con los alimentos que ahora considera no saludables en su infancia, los cuales fueron socializados por su madre, destacando que le generaban sentimientos de felicidad. Así también en sus discursos muestra que en el transcurso de su vida consumía alimentos que su mamá les enseñó y acostumbró a consumir, mencionando el huevo con chorizo y la bebida de chocolate con leche (chocomilk). Sin embargo, en el último apartado de su narrativa menciona que actualmente no consume dichos alimentos, lo que se puede comprender que desde su diagnóstico de diabetes busca consumir lo más saludable posible y trata de no cocinar lo que ella estaba acostumbrada.

Con respecto a la socialización de las comidas que le enseñaban sus padres en la infancia, Juana presenta en sus relatos cómo ella no tuvo contacto cuando era pequeña con las verduras. Señala que su madre las enseñó a comer este tipo de alimentos, comían lo que ellas querían. Por lo que actualmente, en su edad adulta, se le dificulta consumir verduras, por las cuales ha luchado de manera subjetiva en construir gustos por dichos alimentos.

Pero mire, he pensado, porque ha venido varias veces el mentado Jonh Milton, meterme de, como se dice, me hipnotice a ver si me hace ¡comer verdura! Pero me dice, ¡ya eres una adulta! Pues sí, ya lo he intentado, he mordido el tomate y no, no me pasa, ni la cebolla, la calabaza sí la como, pero lo que es el chayote, el repollo, deste que más, la lechuga como poco, la zanahoria no, solamente que la agarre raspada, así en la lechuga y me la como, si

me la como así, pero hay veces que esa verdura no tiene tanto como lo que es la calabaza, el chayote, dicen que es mejor y eso es lo que yo no como, no me acostumbraron a comer eso. Nooo, no me enseñaron a comer eso, pues y yo, pos no me gusta, he intentado, eso es lo difícil para mí, no tuve mucha comunicación con mi mamá; ella se la pasaba trabajando, yo sola me la pasaba con mis hermanas y pues no, comíamos lo que podíamos y lo que queríamos muchas veces (E-6, comunicación personal, 13 de junio de 2023).

En la edad de la juventud y adultez, Juana siempre tuvo problemas de obesidad, el cual aprendió a vivir con ella; sin embargo, fue hasta en la etapa donde se le presentó el problema de la diabetes a los familiares cuando empezó a preocuparse por el consumo de alimentos saludables. Juana hace mención de que ella aprendió qué tipo de alimentos y cómo los debía de consumir, a través de las pláticas que desarrollaban los profesionales de la salud cuando asistía a acompañar a su padre y posteriormente a su esposo. Hizo mención de que las recomendaciones le han ayudado actualmente en la crianza de los hijos.

Pues he ido muchas veces yo a nutriólogos, he ido a nutriólogos, siempre trato de hacer algo por el bien mío, si yo digo voy a hacer esto y lo otro y yo voy, como le digo voy con nutriólogos, acompaño a mi papá, mi esposo iba al DIABETIMSS, y a mí me gustaba entrar con ellos, yo con mi papá y mi esposo yo iba y escuchaba y ahí fui aprendido a conocer las cosas que te perjudican más pues, por ejemplo, yo que a mis hijos raro los dejo yo que se coman un sushi porque es puro arroz, es puro arroz, porque está empanizado, estar frito y yo les digo a ellos, yo no les digo que no lo coman, pero cómanlo allá a lo largo le digo, o sea va uno aprendiendo, si no uno como estuviera yaaa, nombre bien enfermo” (E-6, comunicación personal, 13 de junio del 2023).

Por otra parte, en las narrativas de las mujeres sujetas de estudio, se pudo identificar el cómo el diagnóstico de diabetes en los familiares en la edad adulta las llevó a aprender que debían de consumir, especialmente desde la socialización con la madre, quien después de presentar diabetes, se preocupó por la enseñanza a las hijas del consumo de una alimentación adecuada, como es la narrativa de Perla, quien hace menciona que ella aprendió a consumir alimentos saludables desde el diagnóstico de diabetes de su madre.

Solas, porque yo no recuerdo que mi mamá nos haya dicho que debíamos de comer o no, pero ya que yo era joven, sí, como de los 15 años en adelante, fue cuando a mi mamá se empezó a enfermar de la diabetes; nos decía que debíamos de comer, pero igual no le hacíamos caso (E-5, comunicado personal, 12 de junio del 2023)

Por otra parte, se destaca que las interacciones con los alimentos que poco o nada nutren en los contextos donde existen abundancia de estos alimentos es parte importante en la construcción de gustos y hábitos de consumo, los cuales no ayudan al cuidado de la salud con respecto a la alimentación, situación que ha afectado actualmente a Marina, quien al enfrentar problemas de ansiedad y estrés se refugia en el consumo de alimentos como el pan, las sabritas y refresco, productos alimentarios que ella misma vende en su tienda de autoconsumo.

Pero yo pienso que ahorita se me ha hecho muy difícil para eso, porque traigo esta enfermedad vuelve, se quita y vuelve, y ahorita que traigo depresión, aunque coma un poquito, por ejemplo, ayer, agarré un pan, un pedazo de pan, le agarré un pedacito nada más, pero tenía ansiedad, quería, estar pellizcando, entonces dije ah, ahora quiero una coca, y esto, y esto otro, traigo mucha ansiedad ahorita y es por puro problema, yyyy me aferro a los dulces a las cosas, así pues. Yo tengo sabritas y todo esto aquí y no soy de estar comiendo, pero cuando tengo un problema, sí, de entrada, nomás para hacer el daño, agarro unas

sabritas, le como unas dos tres y ya las aviento así, o sea de estar agarrando y eso, pero sí, por ejemplo ayer el pan, ¡ay! ayer me sentí así como enojada y con el coraje y dije un pan, ahorita me lo voy a comer todo y sí, agarré un pedacito y ahí estuve, y dije ahorita voy a agarrar otra cosa, que agarro, que agarro, y a causa del problema que hubo, yo casi no como, pa que agarro. Yo me sacrifico mucho, meto dinero y eso, y digo ¡voy a comer, que tiene que engorde! Voy a comer, voy a comer y yo sé que estoy mal porque quiero adelgazar, pues, yo pienso que a mí más que nada los problemas, que los problemas muchísimo me están matando, los problemas son demasiados, siento que a veces voy a salir corriendo, que a lo mejor salga cualquier rato, y a veces digo ¡así voy a salir, así!” [junto con su pareja trabajan una tienda de alimentos en la colonia]. (E-3, comunicación personal, 10 de junio de 2023).

Las narraciones de las mujeres en sus etapas de vida llevaron a comprender de qué manera han construido los significados en cuanto al consumo alimentario, elemento importante en el cuidado de la salud. Se destaca que en las etapas de vida de la niñez y adolescencia conformaron formas de consumo de alimentos que su madre les socializó en sus primeras etapas de vida, se identificaron interacciones con alimentos ya industrializados, así como también destacando la poca interacción en cuanto a la enseñanza de los padres sobre los alimentos que son buenos y malos para la salud.

La socialización en las primeras etapas de vida se desarrolla bajo las interacciones familiares, aspecto mencionado por Berger y Luckmann (1986), que es en estas etapas donde se desarrolla un proceso donde el individuo aprende y aprehende elementos socioculturales de su contexto, incorporándolos a su personalidad y los adapta a su medio social, con los padres de

familia. En este caso, los niños aprenden formas de consumo de alimentos enseñados por los padres, el cual posteriormente ellos lo habitúan en su vida cotidiana.

Sin embargo, ya en la etapa de la juventud algunas mujeres empezaron a configurar formas de cuidar su alimentación a través de la socialización de la información dada por las madres de familia, a partir de que fue diagnosticada con diabetes, pero que no le dieron la importancia requerida, fueron integrando nuevas formas de consumo dadas a través de las interacciones con los alimentos "chatarra", "cultura alimentaria aprendida en su espacio familiar y escolar" y alimentos promovidos por los medios de comunicación, es aquí donde empiezan a construir mitos y creencias alimentarias socializadas por otros.

Se desataca entonces que es en esta etapa de socialización secundaria, donde tienen interacciones con otros medios (Berger y Luckmann, 1986) y es aquí donde empieza un proceso de incorporación de alimentos socializados por otros medios que no es la familia. Incluso desde la etapa de adolescencia y niñez ya empiezan esos procesos; sin embargo, aquí es donde las mujeres presentan mayores interacciones y socializaciones.

En la etapa de la adultez, la mayoría de las mujeres empezaron a presentar aumento de peso, llegando al sobrepeso y obesidad, problemas de hipertensión y diagnóstico de diabetes, así como una mayor interacción con los alimentos poco nutritivos socializados en los espacios donde conviven diariamente (venta de comida chatarra en espacios públicos como parques, tiendas de conveniencia y tianguis), conocidos como pantanos alimentarios, recocidos por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO], et al. (2019) como la “relativa abundancia de productos procesados y ultra procesados no recomendados como parte de una alimentación saludable” (p. 44).

Es también en esta etapa donde las mujeres empiezan a configurar significados en torno al cuidarse a sí mismas, dándole importancia a la salud física y mental aprendida por las interacciones con las instituciones de salud, especialmente con la información socializada por los profesionales de la salud (nutrición, psicología, trabajo social, doctores especialistas y medios de comunicación). Sin embargo, es donde se les presentan mayores dificultades para cuidar su alimentación, debido al entramado de situaciones sociales que las envuelven, que va desde los roles de cuidados domésticos que asumen, pobreza, significados construidos en etapas pasadas de descuido.

Por otra parte, también en esta etapa empiezan a presentar problemas familiares, violencia de pareja, estrés, ansiedad y cansancio, cambios hormonales que llevan a las mujeres a continuar con los problemas de salud, aspectos que limitan a materializar en la acción la reflexión constante que tienen las mujeres en deber cuidarse, y que esta situación no se convierta en procrastinamiento, autolamentación, situaciones que llevan a las mujeres a padecer problemas de salud mental. Por lo tanto, se concluye este apartado mencionando que los procesos de construcción de significados en cuanto al cuidado de la alimentación de su cuerpo no son estáticos, son cambiantes, dependen de las socializaciones de costumbres alimentarias enseñadas de generaciones pasadas, socialización con alimentos "chatarra" pero que se le agregan problemas (violencia de género, incomprensión y responsabilidades de cuidados de familiares).

4.4.3.2 Construcción Social de la Actividad Física como Forma de Cuidar la Salud del Cuerpo

La construcción de significados asociados al ejercicio físico como una forma de cuidar la salud del cuerpo de las mujeres con sobrepeso y obesidad, es considerado un proceso que es aprendido principalmente en la socialización con profesionales de la salud en los contextos escolares y de atención a la salud. Es considerado un proceso que ha presentado diversos

significados en los grupos sociales, pero que en los sujetos con problemas de sobrepeso y obesidad se presenta como situación difícil de configurar y accionar, ya que se presenta como algo no rutinario y con actitudes de negación que no ayudan (Romero y Arrellanes, 2020).

En ese sentido, las mujeres presentan experiencias de vida donde mencionan las interacciones que tuvieron en sus etapas de vida que ayudaron a configurar significados de importancia o poca importancia al ejercicio físico, como una acción de cuidado para la salud del cuerpo. De la misma manera que en las formas de construcción social del cuidado de la alimentación saludable, las mujeres muestran narrativas el cómo en sus etapas de la infancia había poca socialización con los padres de familia en la enseñanza del ejercicio físico como una forma de cuidar la salud del cuerpo, situación que destaca Cristina en su narrativa.

La verdad que no, en mi casa no (1), es que la verdad no, no, a pesar de que en mi casa ha habido enfermos, nunca me (1) siempre llevé en mi mente, yo pensaba ¿por qué se enfermará uno tanto, pensaba yo? Siempre pensaba que era por la comida, pensaba que era por todo lo que uno comía, eso pensaba yo, pues, pero de la actividad física nunca me dijeron, ay sí o haces ejercicio no, nunca me dijeron en mi casa Bueno, solo cuando íbamos a la escuela, cuando le daban física (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

Se destaca que las socializaciones secundarias que las mujeres experimentaron en sus etapas de niñez y juventud fueron las que les ayudaron a conocer el ejercicio físico como una acción de autocuidado, pero no vista como parte de su estilo de vida cotidiano, puesto que solo se veía como una actividad realizada de manera obligatoria en la escuela. A diferencia de Amalia, quien desde su juventud practicaba deporte como estilo de vida, pero que las circunstancias de la vida y las interacciones con el trabajo formal y sus problemáticas suscitadas en ellas la llevaron a hacer cambios en la actividad deportiva.

Yo era deportista, sí, aunque no lo creas, cuando era joven practicaba deporte, softbol e iba a hacer ejercicio durante un buen tiempo, pero me descuidé, me enredé en el trabajo, en la política y lo dejé y mira por andar ahora en este tiempo en el gimnasio creyéndome jovencita, queriendo bajar de peso, me fregué la pierna” (E-7, comunicación personal, 18 de junio del 2023).

De la misma manera que en la construcción del cuidado de la alimentación, es en la etapa adulta donde las mujeres empiezan a pensar en hacer ejercicio, debido al diagnóstico de diabetes, como lo menciona Amalia. De la misma manera el hacer ejercicio actualmente es una situación que desde las narrativas de las mujeres se comprende que ha aparecido en sus vidas de forma significativa positiva y que les ha ayudado a sentirse mejor, como lo menciona María, en su etapa actual.

No, pues están bien, para mí están bien, me siento bien, agusto, pero como le digo yo aquí en la bicicleta me evito de andar en el solazo, y así, y luego como que a uno solo le da güeva salir a caminar, bueno así lo siento yo, hay veces que veo personas así, dos tres mujeres, pero a uno solo como le da más güeva, y miedo también, por la violencia, yo les decía a mis hermanas allá en mi pueblo, les decía, ustedes invítenme, yo diario voy, si ustedes me llegan y me dicen ¡an vámonos a caminar! Yo me voy, pero así sola o que salga de mí no, les digo, pero si a mí me levantan a las seis, siete de la mañana ¡vamos a caminar! Yo me voy (E-2, comunicación personal, 9 de marzo del 2023).

Sin embargo, las mujeres en sus discursos muestran cómo ellas mismas se sienten con desánimo y flojera al hacer ejercicio solas, pero que al interactuar con otras personas se sienten motivadas para hacer ejercicio. Un aspecto que debe de resaltarse en relación con las motivaciones

existe otros factores asociados al desánimo de hacer ejercicio, son las malas relaciones familiares, situación que experimenta Marina.

Pues los miro, ¡ay, ya que padre, mira están haciendo ejercicio, desearía, pero, los miro, y me dan motivación y digo, ay mañana me levanto temprano y voy a ir! Y no, pues en la mañana ya no lo hago; si me motivan, miro en la televisión, en mi teléfono y digo ¡ay, voy a hacer ejercicio! Y después digo ¡estoy gorda, no puedo! Como le digo, me siento cansada, y dio ay noooo. A veces sí hacemos ejercicio, porque nosotros hacemos, yo tengo una caminadora y la pongo allá al lado con mi suegra y afuera se me moja, mira aquí tengo mi estufita, yo tengo lo mío propio porque no quiero incomodarla, porque a veces sí se... De todos modos, uno es malo, a veces no quiere...No le gusta que se meta, ella está acostumbrada a estar sola, pues, no le gusta y si estamos haciendo ejercicio, ella se está riendo o algo. [Lo dice en voz baja] y eso te desmotiva, y a veces cuando ella sale de viaje, nos quedamos uno o dos meses solos, ah, ya es motivación, y tener así aquí es como bajonearme , así, entonces no puedo hacer ejercicio, y siento que sí la tuviera, allá en mi casa, pero no estoy en lo mío, no, aa desta está guardada. En mi cuarto no, está la camita, el closecito. Es que no podemos invadirle más espacio. Sí pienso, pero mira, mejor agarro una silla y me recuesto, jajajaa, pero igual todo el tiempo pensar en el cansancio está carajo también, es muy difícil, pues (E-3, comunicación personal, 10 de junio del 2023).

Por otra parte, se destaca que la interacción y socialización con los espacios y personas que hacen ejercicio les puede motivar o desmotivar para hacer actividad física de manera rutinaria, como lo señala Cristina que, en su etapa adulta, ella se enfrenta a situaciones del espacio geográfico de contaminación donde hace ejercicio, pero que su condición la desmotiva para continuar. Sin

embargo, hay momentos en que se motiva para establecer rutinas de ejercicio (ver discurso de Cristina).

Pues que opino... (1) Pues opino, están bien, lo único que no me gusta es que hay mucha basura y la gente saca los perros a hacer popó y no la juntan, y opino que debe de estar el área libre para hacer ejercicio... Sí, ahí es donde voy a caminar, cuando agarro viada como le digo, pero hay veces que no me gusta como le digo porque somos bien cochinos y no estamos educados para tener el área libre y andar a gusto caminando (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

En resumen, las narraciones de los discursos de las mujeres con características de sobrepeso y obesidad muestran que han construido significados de poca o nula importancia al hacer actividad física para cuidar su cuerpo en la niñez, puesto que mencionan poca socialización de la información por parte de sus padres. Es también en la etapa de la niñez y adolescencia donde tienen los primeros acercamientos a las prácticas de ejercicio socializados por los docentes en el contexto escolar básico (primaria y secundaria); sin embargo, no presentan discursos donde le den una importancia o significado al hacer ejercicio para cuidarse, más bien lo vieron como obligación, lo cual desapareció al momento de dejar de asistir a la escuela.

Referente a ello, se puntualiza que existen ciertos temas de salud en el núcleo familiar que no son tocados o mencionados como algo importante, además de rescatar que el hacer ejercicio físico es una acción de autocuidado no promovida por las instituciones de salud encargadas de la promoción a la salud en la década de los 70 y 80, que es la época donde eran pequeñas las mujeres sujetas de estudio. Es en las instituciones escolares donde se empiezan a introducir actividades de educación física, en la idea de que socialicen con el deporte y busquen el practicarlo.

Con respecto a la etapa de la juventud, las mujeres no muestran discursos donde mencionan que le hayan dado importancia a la actividad física, solamente una sujeta de estudio hizo mención que ella practicaba deporte cuando estaba joven, pero lo dejó por ocuparse de las actividades laborales y políticas. Esto muestra que no le dieron la importancia al ejercicio o la actividad física de manera frecuente, al igual que la alimentación, no pensaron en hacer ejercicio para cuidarse.

En la etapa de la adultez se visualiza la construcción de significados a través de una socialización secundaria promovida por programas de salud de las instituciones, especialmente de las recomendaciones que hacen los profesionales de la salud. Sin embargo, es una construcción ambigua, ya que sus significaciones cambian según el contexto físico no adecuado, las actitudes asumidas en su cotidianidad, actividades domésticas, entre otras.

Se puntualiza que las mujeres en la etapa adulta presentan discursos en relación con las actitudes que asumen al hacer ejercicio, los cuales son actitudes de “flojera” al desarrollar esa acción de autocuidado, otras hacen mención que las motiva el hacer ejercicio cuando se sienten acompañadas al salir a la calle a caminar, otras prefieren hacer ejercicio en casa, aunque presenten dificultades al practicarlo por vergüenza, dificultades por lo que optan la mayoría de las veces por hacerlo en casa. A esto se refiere cuando Mendoza et al, (2022) mencionan que las mujeres prefieren quedarse en casa, que es el lugar donde se sienten seguras y con poder.

Se precisa entonces que las configuraciones en torno a la actividad física rutinaria como forma de cuidarse son vulnerables, no consolidadas en la conciencia de las mujeres con sobrepeso y obesidad. Esto se refleja en el hecho de no hacer actividad física, como el ejercicio, y las barreras que se presentan que obstaculizan el hacer ejercicio de las mujeres son más subjetivas que objetivas.

4.4.3.3 Construcción Social de Cuidar la Salud del Cuerpo Asistiendo a las Instituciones de Salud

La asistencia a las instituciones como formas de cuidar la salud del cuerpo, es considerada también una construcción social, puesto que son actividades que necesitan un proceso cognitivo de internalización e institucionalización configurado en las prácticas cotidianas. Esta es considerada una práctica social mayormente desarrollada en las mujeres, siendo responsables en el cuidado de los hijos, lo ven como algo importante y necesario (Aguilar, 2020). Son también las mujeres las receptoras de los programas de atención y prevención de las enfermedades.

De esta manera, se menciona que las mujeres, como principales receptoras de la información de cuidados, han construido formas de cuidar la salud del cuerpo durante las etapas de vida, que empieza desde la niñez, se refuerza en la adolescencia y se refleja en la edad adulta mediante las interacciones sociales que desarrolla la familia nuclear, padres, madres y se extiende a tíos y abuelos (Valverde, 2016). En este caso, la adquisición de recursos para cuidar el cuerpo es también parte de las socializaciones secundarias mediante las interacciones con las instituciones de la salud y la escuela, quienes socializan programas de atención y promoción de la salud, generando dispositivos pedagógicos para que los sujetos atendidos desarrollen constructos propios, tales como conocimientos u estrategias para atender la salud propia.

En ese sentido, se presentan algunas narraciones que hacen visible la cuestión de la construcción social del cuidado de la salud, el estar checándose y asistir a una institución de salud, un caso específico es la situación que vivió Cristina al recordar que en su infancia siempre interactuó con su familia enferma, pero sus padres nunca le mencionaban que se debía cuidar su salud, a pesar de que veía ella de manera constante que sus padres siempre se checaban y tomaban

medicamento, situación que señala Cristina que cambió en su etapa adulta, al empezar a interactuar con las instituciones de salud, las cuales le enseñaron formas de cuidado.

Pues de que me hayan enseñado, como le digo, siempre ha habido enfermos, y decía mi mamá que.... que... no me acuerdo, yo siempre he vivido entre gente enferma, ya no sé la verdad, pero ella no, por ese lado no nos decían así, como le digo, yo miraba que siempre se checaban mi apá y mi amá, porque eran diabéticos también, pero ellos nunca me decían que me tenía que checar y cuidar, nunca me dijeron nada. Por ese lado no hubo tanta comunicación, yo nomas lo que miraba, la verdad, hasta ahora después de adulta que me han dado la información, pero en mi casa no me inculcaron cosas de esas, la información, la verdad. Algo normalmente de lo que me enfermaba nomás, me enfermaba mucho de las anginas, pero algo así malo o que me haya pasado no, de enfermedad. OK. De enfermedad no.... como regular que me llevaban al doctor (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

De la narración de Cristina, se destaca que la asistencia al médico solo cuando se enfermaban de algún problema de complicación de resfriado, anginas, enfermedades más comunes, destacando entonces que la infancia es una etapa saludable, situación que reafirma María al mencionar que ella en su infancia, adolescencia y juventud no fue enfermiza, hasta que se enfermó de la diabetes, hace mención que no visitaba los hospitales para chequeos médicos. De la misma manera, Alma menciona que en su infancia ella y sus hermanas siempre fueron sanas. A pesar de que se enfrentaban a las condiciones climáticas y no asistían al médico, siempre estuvieron activas ayudando a sus padres.

Yo, gracias a Dios, nunca fui enfermiza, hasta de unos años para acá, pues lo de la diabetes, pero nunca, ni una torcedura, ni una operación de nada, nada de nada, yo nunca visité ningún

hospital para checar me, fui sana dentro de lo que cabe pues (E-2, comunicación personal, 3 de marzo del 2023).

Cuando éramos adolescentes y más jóvenes no éramos muy enfermizas, porque siempre le estábamos ayudando a mi mamá, que esto y lo otro, no teníamos, no éramos ociosas, andábamos en el sol, bien plebillas trabajando, por eso yo creo que no nos enfermábamos, pues no asistíamos al médico” (E-4, comunicación personal, 12 de junio del 2023).

El diagnóstico de diabetes para las mujeres en la etapa adulta fue un acontecimiento que las llevó a preocuparse por su salud y estar de manera constante asistiendo al médico. La asistencia a la UNEME EC, empieza a ser de manera obligatoria por el tratamiento recibido. Sin embargo, en sus narraciones especifican que la institución les ha ayudado a mejorar su salud; situación que María resalta en sus narraciones, especialmente de cuando empezó a asistir a la institución de salud, quien aprendió a cuidarse, resaltando el hábito de la alimentación.

No, no, era de un tiempo para acá, no sé, desde que me empezó la diabetes, no como de tres años después, ya después que empecé a ir allá y de ahí para acá, gracias a Dios que se me quitó todo eso, entonces sí me está sirviendo y yo sí lo estoy notando. ¿Cuándo aprendí?, pos, apenas ahora que estoy yendo. Fui primero a que me trataran la diabetes, yo decidí porque no tengo seguro, porque no estoy casada con él, entonces yo decidí ir ahí, ya me empezaron a tratar la diabetes, luego que al dentista y ya que estaba mal de la garganta y como vieron que no me bajaba el azúcar, pues ya me mandaron pa acá, yo ni conocía ese lugar, ni nada, y pues yo estoy muy agradecida pues me ha servido y estoy muy a gusto y pues si me están enseñando muchas cosas, me están enseñando lo que es, el cómo comer las cosas; por ejemplo pues yo le hago jugo diario, le hago jugo de naranja, betabel, apio,

manzana verde, pero a mí me dijeron que no es así, que mejor me coma la naranja, que mejor pelarla y comérmela, la manzana comérmela, en el jugo ahí queda toda la, el gabazo y eso hago y sí a veces se me antoja y si le agarro, pero yo trato de comerme una naranja mejor, media manzana verde, rallo zanahoria, pepino con betabel y con sal y limoncito y así me lo como (E-2, comunicación personal, 9 de junio del 2023).

María resalta que al estar asistiendo a la institución de la UNEME EC, ha construido aprendizajes de cómo debe de alimentarse, desde la selección, preparación y el consumo de los alimentos, el cual está muy agradecida por enseñarle. De la misma manera, Alma menciona que hasta la edad adulta sabe qué es asistir al médico y manifiesta sentirse satisfecha por los consejos que ahí le proporcionan, resaltando la atención que le ofrece el profesional de psicología de la institución.

Yo hasta ahora sé qué es ir al médico, en la UNEME, A mí me gustó mucho, te dan muy buenos consejos, la verdad, las pláticas, los consejos que le dan a uno, la atención con el psicólogo, todos, todos nos atienden muy bien (E-5, comunicación personal, 12 de junio del 2023).

Por otra parte, es importante mencionar que, al empezar las interacciones con las instituciones de salud, es cuando empiezan a conocer la importancia de cambiar hábitos alimentarios y formar rutinas de hacer ejercicio de manera adecuada, aspecto que menciona Alma en su discurso. De la misma manera que Perla, lleva poco tiempo asistiendo al médico y que en solo tres meses ella ha aprendido hacer cambios de vida saludables, como se puede observar a continuación:

Hace tres meses, me sentí muy a gusto, me gustó el lugar, tienen muy bonito, lo malo que es un año, bueno diez meses, un año, pero de pérdida lo van a enseñar a uno a comer y

hacer hábitos de hacer el ejercicio, porque es por nuestro propio bien, pues (E-4, comunicación personal, 12 de junio del 2023).

En el proceso de construcción social del cuidado de la salud en cuanto a la asistencia a las instituciones de salud para chequeos médicos, se muestra que, en las etapas de vida de las mujeres, que comprende de la niñez y adolescencia, aparece una nula y escasa socialización de la importancia que debe ser checar su salud, incluso la asistencia a las instituciones era esporádica, ya que se presentaban cuando había una enfermedad, lo cual mencionan que no eran enfermizas durante esas etapas. Por otra parte, se pudo comprender que, en las primeras etapas de vida, la configuración de significados en cuanto a los cuidados de la salud por chequeos médicos es nula o muy escasa, debido a la poca información socializada por los padres como primeros agentes de interacción de las mujeres. Se puede comprender que existía poca importancia a la comunicación en cuanto a la salud de padres e hijos.

En la etapa de la juventud, las mujeres en sus discursos muestran que se consideraban tener una juventud sana, que no requería asistencia a chequeos médicos, solo asistían en caso de enfermarse de gravedad. Lo que significa que las mujeres en la etapa de juventud, es donde no consideraban, ni pensaban en checar su condición de salud, en la idea de prevenir alguna enfermedad, por lo que la prevención no es una acción de autocuidado que las mujeres hayan construido en etapas de la niñez, juventud y años de la adultez.

En las etapas donde se comprende que existen configuraciones de significados de cuidados en cuanto a la asistencia a las instituciones es la etapa de la adultez, destacando que las mujeres empezaron a construir significados de importancia de su salud a partir de ser diagnosticadas con diabetes. Por lo tanto, le da importancia acudir a las citas médicas para conocer y vigilar la enfermedad, comprendiendo además que su salud tanto física como mental es importante.

4.4.4 Construcción Social de Cuidar a Otros

El cuidado de los otros es una categoría de análisis que acompaña a la categoría general del cuidado de sí en salud, problemática que enfrentan las mujeres con problemas de sobrepeso y obesidad. En este caso, se pretende presentar el proceso de construcción de significados que las mujeres con esas características construyeron en sus etapas de vida, que va desde la infancia hasta la adultez y que vienen a estar presentes en la actualidad.

En ese sentido, se presentan las principales narraciones de algunos aspectos de sus vidas pasadas que las llevaron a construir significados relacionados con cuidar a otros, en este caso miembros de la familia, hermanos, hijos y padres. Estas narraciones permitirán analizar posteriormente ciertas relaciones de significado del cuidar a otros con respecto a las asignaciones y roles de género construidos social y culturalmente, lo que menciona Bonavitta (2020), que las mujeres han construido formas de ser para otros, formas diferentes de amar, un amor diferenciado, que implica el cuidar y dar lo mejor de sí, sacrificarse por los otros, pero que además es una cuestión naturalizada como parte de los roles de género asignados.

En ese aspecto, se rescata lo que menciona Perla en su narrativa, que desde la infancia a ella la enseñaron a cuidar a sus hermanas y hermanos. Lo hace por cuestiones morales, puesto que sus padres tenían que irse a trabajar. Ella recuerda cómo su mamá les asignaba el cuidado de los miembros de la familia más chicos.

Pues es lo mismo, es moral porque somos hermanas, a cómo íbamos creciendo, una cuidaba a la otra y uno mismo eh, el negocio es familiar, entonces mi mamá se iba a trabajar y a la más grande se la llevaba a veces o se llevaba a la más chica o a veces mi mamá tenía otra persona que nos cuidaba a veces, pero igual nosotros cuidábamos de nuestros hermanos moralmente, porque como ellos se tenían que ir a trabajar nosotros

también teníamos que hacer algo y era cuidarnos, como es un negocio familiar, unos trabajan, otros se dedican a hacer la comida (E-5, comunicación personal, 12 de junio del 2023).

De la misma manera que Perla, Amalia hace referencia a que cuando ella era pequeña recuerda cómo sus padres le asignaban el cuidado de sus hermanos menores por ser la más grande de las mujeres, el cual no solo ayudaba a su mamá en la casa, sino también en el campo, pero que su principal función es cuidar a sus hermanos, y posteriormente en su juventud el cuidar a su mamá tras la muerte de su padre. Reconoce que por ser mujer y la más grande de la familia, junto con su hermana, sus hermanos le asignaron la obligación de cuidar a su mamá en la etapa de la juventud, situación que actualmente en la etapa adulta su rol principal es cuidar a su madre en la vejez, a pesar de que no exista una comunicación adecuada entre ellas.

Recuerdo que cuando era pequeña mi mamá se iba a la Ley, a veces nos llevaba, pero la mayoría de las veces no, y me dejaba a mí al cuidado de mis hermanos, me acuerdo que se subía al camión y ya sabías que iba a regresar en la tarde, la esperábamos con muchas ansias, porque nos traía dulces, lechuguillas, nombres, éramos los más felices del mundo, pero yo siempre fui muy movida. Le ayudaba en la casa, también ayudaba a mi papá en el campo, me acuerdo de que le ayudaba a poner alambre, a hacer hoyos (E-7, comunicación personal, 18 de junio del 2023)

Yo cuide a mi mamá cuando estudiaba y trabajaba, mi papá murió joven, bueno ya tenía sus hijos, y tengo un hermano más grande y más pequeños, yo creo que, por ser la única mujer, no sé, me toco cuidar a mi mamá y a mis hermanos más pequeños, así que me tocaba ir a la escuela y entré a trabajar en el Ayuntamiento, eso me ayudó mucho pá sacar adelante

a mi amá y mis hermanos, en su juventud (E-7, comunicación personal, 18 de junio del 2023).

En la etapa adulta, Amalia se convirtió en cuidadora primaria, no solo de su esposo enfermo, sino que después de la muerte de él, ella continua como cuidadora primaria de la mamá junto con su hermana. Amalia describe en una de sus narraciones el cómo es cuidar a su mamá, misma que considera no tener una buena comunicación con ella, porque es muy clara y la regaña, aspecto que a su mamá no le gusta, siendo un detonante que las lleva al estar en conflicto con su madre y uno de sus hermanos.

Yo estoy ahí para cuidarla, porque mi mamá es hipertensa y no puede excederse y mi amá se encabronaba cuando yo le hablaba a mi hermana. Mi hermana tiene un clavo en la pierna y no puede bajar corriendo, entonces yo le tengo que hablar con tiempo, cuando la miro muy activa, cuando anda recogiendo su ropita del cesto, aguas, y ya mi hermana se viene bajando poco a poco y ya de que miraba alguien que bajaba, decía mi mamá: ¡eres tú la que estás comunicando! Y tuvimos problemas; mi amá se siente que puede hacer todo, mentalmente, es de las señoras que ¡aguas! es de rancho, pues no puede estar dioquis, entonces le digo ¡cómo no se pareció a mí usted, ¡cómo no la parí yo a usted! Para que sea huevona como yo, así le decía ¡pa' sacarla de mal humor que vivía conmigo! Pero no, son señoras que no quieren estar dioquis, y pues eso llevó a que estemos en conflicto, también con mi hermano (E-7, comunicado personal, 18 de junio del 2023).

De la misma manera que Amalia, Cristina, como mujer vive preocupada por el cuidar de su mamá, misma que en sus narrativas muestra reproducir el mismo rol de ser cuidadora y estar al pendiente del bienestar de su familia. Aspectos que Cristina critica a su madre y reconoce que ella,

al igual que su mamá, necesita tener un control sobre las cosas y desarrollar roles de cuidados familiares.

Yo noto que es eso, ella se agüita de estar sola, pero digo yo amá, vengase pa acá, pero mi mamá es de las que no quieren dejar a sus adultos que estén ahí con ella, mi hermana quedó viuda de joven sola con sus hijos y siempre los ha sobreprotegido mucho, pues la entiendo, pero yo le digo amá..." Ellos ya están grandes, ellos ya son adultos... Y ella no entiende... Como le digo, ella está con eso, ella está traumada, es un trauma que no la deja estar agusto en su vida. Es el temor de ella, nomás quiere estar cuidando ahí todo... Es su trauma, hay personas que no superamos y ella es una de ellas. No se deja mi ama cuidar, es que ella vivió muchas cosas, es por eso, ella trata de trasmitirnos ese trauma" (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023).

Ocupa el acompañamiento, mi amá ocupa la compañía, pero no me quiere hacer caso, ella quiere estar en su casa, digo, amá, soy como le digo, quiero estar al pendiente de todos menos de mí, quiero estar al pendiente de todo, y yo, pa sentirme agusto tengo que tener todo alrededor de mí, pero yo sé que es imposible, me mortifica que está lejos, me mortifica escuchar que mi amá se siente mal y digo yo... ay no....Dios mío... Dame fuerzas.... más que nada yo para cuidarme, porque si no yo estoy bien, entonces ¿qué va a hacer? (E-1, comunicación personal, 7 de marzo del 2023)

El cuidado de los otros no solo es un rol aprendido y reproducido de generación en generación, como es el caso de Cristina, sino que también es un rol que las mismas mujeres fueron naturalizando de ser cuidadoras y responsables del cuidado de su familia sanguínea, desde los padres, hermanos y hermanas, sin olvidar la responsabilidad que asumen de cuidar al esposo e

hijos al formar una familia nuclear. Situación que vive en su etapa adulta Juana, quien es hermana de Alma y Perla.

Sola, fijese, yo fui un poco desalejada de mi mamá, mi papá no fue un papá muy responsable, pero yo lo quiero y lo cuido a mi papá, pero que alguien me enseñara no, yo ahora se puede decir que soy el ejemplo de ellas, soy la mayor de todas, de que les digo a mis hermanas. A Sofia hace poquito le digo, ah, pues fue a la UNEME y el doctor le mando hacer muchos estudios. Hasta ahora salió y ya me lleva un control, yo voy y me controlo con ella y es lo que le digo a mi hermana: ¡cualquier cosa que sientas ve con el doctor, hermana, no te puedes quedar así, diciendo, ¡ay! Y Dulce es lo que tiene, Dulce se ha sentido mal y se atasca de pastillas que tiene, que, de vitaminas, que eso y eso, y ya eso cree que eso la va alivianar" (E-6, comunicación personal 12 de junio del 2023

Entonces le dije ¡aaah, no sabíamos, pero a ver si no lo dejo internado allá! Le dije yo y dice, ¿cuántos años tienen juntos? 20 años vamos a cumplir, le dije yo, ¡y si usted cree, que si no lo quisiera o me estorbara estuviera yo aquí con usted, porque él no quiere! El hombre es así, es muy terco, y que no y yo no, yo a él le estoy picando, no vamos a ir, él tiene su seguro (E-6, comunicación personal, 12 de junio del 2023).

Los discursos de las mujeres en cuanto a los roles que ejercen de cuidar a otros, se considera que es una construcción social adquirida desde la infancia, puesto que en sus discursos las mujeres hacen referencia a que desde pequeñas les fueron asignados los roles de ser cuidadoras de sus hermanos, así como de otros familiares, especialmente niños de su edad. Así también destacan experiencias de vida relacionadas con los cuidados exagerados que sus madres practicaban con ellas en cuanto al cuidado del cuerpo físico.

En la etapa de la juventud, muestran acontecimientos relacionados con el cuidar hijos de otras parejas como parte de actividades de trabajo, incluso por hobby, y la responsabilidad temprana de cuidar a los hijos. También muestran discursos en sus experiencias de vida, de mujeres que se dedicaban a cuidar a la madre e incluso asignadas por parte de los hermanos como cuidador primario por ser soltera, por lo que se destaca que las asignaciones de cuidadores primarios por parte de los hermanos se consideran una desigualdad de género; en ocasiones no es una responsabilidad sentida, si no asignada, pero que la mayoría de las veces es parte de la construcción de un rol naturalizado, en donde las mujeres lo ven como una responsabilidad (Bonavitta, 2020).

En la etapa de la adultez, se destaca además que el rol asignado por ser cuidadora de otros se presentó mayormente en los discursos de las mujeres que son hermanas mayores, el cual, en la etapa adulta, adquiere una responsabilidad de estar pendiente de la salud de sus hermanas y padres de familia. Se considera que la responsabilidad no es un rol asignado ya en la etapa adulta, sino que ellas lo muestran como un sentimiento de amor. Con respecto a ello, Fernández (2012, como se citó en Passerino, 2019) hace alusión a que la solidaridad, el amor y el sacrificio femenino, son prácticas que se presentan en las mujeres, como figuras de esposas-madres, las cuales han tendido a postergar sus deseos en favor de otros, mismas que han vulnerado sus propias condiciones, sesgando su autonomía y acceso en la participación para la toma de decisiones.

Por otra parte, las mujeres en sus discursos muestran que en la niñez vivieron exageraciones de cuidados por parte de la madre, el cual fue reproducido por la hija en la etapa actual. Este aspecto lo hace ver en sus narraciones Cristina, quien hace mención que en la etapa de la niñez, su madre la cuidaba con reglas excesivas, pero hace alusión que le gustaba estar presente en sus juegos observándolas, aspecto que en la etapa adulta la madre sigue desarrollando la misma

conducta, especialmente en su casa al cuidado de quienes habitan en su hogar y de la misma manera esa acción Cristina hace mención que a ella le gusta y se siente bien el estar pendiente de todos y de todo lo que se hace en casa.

Por consiguiente, se puede entender que las mujeres en etapas actuales, donde ya son madres e incluso se han autoasignado el rol de cuidadoras primarias, reproducen patrones socializados por la madre durante las etapas de vida infantil. En ese sentido, se destaca que las prácticas de cuidados son aprendidas en los procesos de socialización primaria, desde las prácticas de crianza de los hijos, los cuales son patrones, roles, pautas, hábitos, normas que son algunas interacciones relacionadas en torno a los cuidados (Peralta, 1996).

Se puede entender que las mujeres en sus etapas de vida vivieron acontecimientos que las llevaron a construir significados de cuidar a otros, desde la asignación de cuidar a los hermanos, a ser invitadas a cuidar a otras personas, sino que también fueron conductas observadas en la madre de familia y que fueron aprendidas por la hija, la cual la reproduce en la etapa actual. Esto viene a comprender lo que mencionan Berger y Luckmann (1986), que los significados construidos en las etapas pasadas vienen a estar presentes en la actualidad; con respecto a la asignación de género como cuidadoras de otros, es una construcción aprendida en las mujeres en la socialización con su madre durante sus etapas de vida.

Por lo tanto, esos roles asignados de cuidar a otros, las mujeres sujetas de estudio construyeron significados que reproducen las mismas conductas a futuras generaciones. Se puede comprender el cómo las mujeres se hacen ver y se asume como una persona sacrificada, la figura central de la familia, la que debe de cuidar a los otros, a sus hermanos, esposo, hijos, papás, entre otros, pero como una persona sacrificada, mártir y que se siente a gusto en tener el control de su casa. Aspecto que es mencionado por (Castillo, 2010), destacando que las mujeres

latinoamericanas desarrollan conductas asociadas al marianismo, como una figura central en la familia y que reúne varios roles, madres, esposas, hermana, hija, compañera, criada; es decir, esclavas, donde en la esfera doméstica, la mujer se siente segura y dueña de la situación.

CONCLUSIONES

En este apartado de conclusiones se presenta un recuento del proceso de construcción social del cuidado de sí en salud de las mujeres con sobrepeso y obesidad, como principal aportación teórica-empírica al problema desde una perspectiva constructivista de la salud social estudiada desde Trabajo Social. Los resultados se organizaron desde lo biográfico, destacando significados contruidos desde los acontecimientos y/o experiencias vividas en la infancia y adolescencia, juventud y adultez en diversos contextos, que fueron elementos de aportación a la construcción del cuidado de sí en salud.

Como parte de las conclusiones se tiene que, las características de las mujeres con sobrepeso y obesidad que asisten a las instituciones de salud y que fueron parte del proyecto de investigación, son elementos que tienen una relación con la construcción de significados del cuidado de sí en salud; las principales características identificadas: son mujeres cuidadoras primarias (padres e hijos), vivieron y viven la obesidad desde la infancia hasta la adultez y otras en la adultez, presentan enfermedades de diabetes e hipertensión, y cada una en particular presentó y presentan conflictos familiares, desde la infancia hasta la etapa actual, especialmente con la pareja y miembros de la familia nuclear y extensa.

En las etapas de la infancia, juventud y adultez temprana, vivieron en contextos de pobreza, trabajo infantil, cultura alimentaria familiar no apta para la salud, descuido de los padres para el cuidado, abandono, engaño, divorcios, jefas de familia, violencia sexual infantil, entre otros. Situaciones que se agrupan en condiciones sociales de las mujeres, las cuales se identifican como determinantes del cuidado de sí mismas en salud, puesto que se presentan como barreras en la aprehensión de significados para el cuidado de manera positiva, pero su mayor obstáculo está en la objetivación de las acciones, desde el cambio de hábitos alimentarios saludables y rutinas de

ejercicio permanente. Aspecto que se identificó durante la etapa actual de las mujeres, el cual se detallaran a continuación.

Por otra parte, en la infancia de estas mujeres con sobrepeso y obesidad, sus principales agentes de socialización primaria en cuanto a cuidados fueron los padres de familia, destaca la figura de la madre como el principal agente socializador; la madre, en su rol asignado de cuidados maternos en contextos de violencia de género, socializa en su infancia formas de cuidados excesivos en cuanto al cuerpo, especialmente en prevenir la violencia sexual.

Con respecto al cuidado de la salud, se encontró que existe nula o escasa socialización de información de cuidado del cuerpo en cuanto a las formas de alimentarse, hacer ejercicio y la importancia de la asistencia a las instituciones de salud para chequeos médicos. Así también, que las mujeres aprendieron y objetivaron roles de cuidados de hermanos, debido al trabajo informal de los padres; pero, además, construyeron significados de una niñez saludable, solo tuvieron experiencias en cuanto al cuidado de la salud, de chequeos médicos cuando se les presentaba una enfermedad común que no se pudiera curar en casa, por ejemplo: fiebre, anginas y nula asistencia al doctor por chequeos de rutina.

Por otra parte, se destaca que, en la infancia y adolescencia en su nivel de socialización secundaria, las interacciones en el contexto escolar se presentaron eventos de violencia verbal por el cuerpo, por parte de los compañeros de clases, quienes hacían referencia de cuerpos obesos y de baja estatura, provocando baja autoestima; por otra parte, surge la figura del maestro como agente de socialización secundario que sirvió de red de apoyo emocional y no tanto de la aceptación del cuerpo o el cuidado de él.

Estos elementos llevaron a las mujeres a no construir significados en cuanto al cuidado de sí mismas, más bien construyeron significados de despreocupación, no pensar en la salud del

cuerpo físico ni mental, considerar que todos los alimentos son buenos para la salud y conocer el ejercicio solo en los espacios escolares, pero no como necesario y rutinario para el cuidado, por lo que, se concluye que en la infancia existía un desconocimiento de las formas de cuidado de sí mismas, considerando que en la infancia todo significado es aceptable y se objetiva de manera de reproducción o práctica aprendida.

En la etapa de la juventud, las mujeres tuvieron mayores interacciones en los espacios de socialización secundaria, destacando los espacios laborales con jornadas extenuantes y compañeros de trabajo que socializaban estereotipos del cuerpo delgado, así como también interacción y socialización en contextos de pantanos alimentarios de comida chatarra. En estos contextos, las mujeres vivieron acontecimientos que las llevaron a construir significados del cuidado de la salud. Se destacan experiencias de casamiento, haber tenido hijos a temprana edad, abandono de pareja y ser jefas de familia, acompañamientos con madre diabética, cuidado de los hermanos más pequeños y ser cuidador primario, además de considerar tener una juventud saludable.

Las experiencias las llevaron a construir significados de nulo pensamiento en cuidarse a sí mismas; es decir, al verse sanas, se concentraron en la sobrevivencia personal y de sus hijos, en el trabajo doméstico y laboral, por lo que olvidaron el cuidado de la salud. Sin embargo, sobresale el caso de tres mujeres donde la madre fue diagnosticada con diabetes y empezó a socializar formas de cuidados, situación que fue rebasada en la interacción en otros contextos, como el espacio alimentario escolar y de autoempleo de venta de comida chatarra. En esta etapa se empiezan a dibujar las primeras construcciones de cuidado de sí en salud, sin embargo, no logran hacer un procesamiento de la información (*reflexión/internalización*) para objetivar acciones de autocuidado en la vida cotidiana.

En la adultez temprana para algunas mujeres y para otra adultez tardía, etapa actual de las mujeres, la socialización primaria con hijos, esposo y familia extensa juega un rol fundamental, posicionándose como principal agente de socialización. Aquí la mujer juega un rol de reproducción, transmisión de significados, saberes y conocimientos sobre los cuidados y las formas de autocuidarse, pero además recibe las socializaciones de los hijos y esposo sobre sus gustos alimentarios, conocimientos y significado del cuidado del cuerpo, la alimentación y el ejercicio, ya sea buenos o malos. Por lo que se consume, la existencia de una reciprocidad en la socialización donde se aprehenden significados y se objetivan prácticas de cuidados y/o descuidos del cuerpo, convirtiéndose entonces en una socialización contradictoria (conflictiva) que obstaculiza la objetivación de formas de autocuidado familiar.

Como agente receptor de significados, se destacan los programas de las instituciones de salud, medios de comunicación como las redes sociales, Facebook y televisión, quienes transmiten formas de cuidado del cuerpo físico, que incluye alimentación, ejercicio físico, atención a la salud física y mental. Además de ser fuentes de conocimiento para las mujeres, son también fuentes de motivación para consumir comida saludable y hacer ejercicio. Sin embargo, este agente de socialización no es algo significativo en la construcción de significados para el cuidado, puesto que es rebasado por experiencias más profundas y significativas de carácter familiar y comunitario, como los son espacios sociales denominados pantanos alimentarios de alimentos chatarra, espacios donde interactúan de manera individual y familiar, convirtiéndose en principales fuentes de socialización e interacción que abonan al descuido de su salud, al caer en el consumo alimentario por satisfacción del gusto, ya sea propio y ajeno.

Por otra parte, los espacios geográficos donde predomina la contaminación del suelo y la inseguridad donde interactúan las mujeres se convierten en barreras para que construyan cuidados

entorno a la salud física, especialmente en el ejercicio físico. Por lo tanto, en dichos contextos, las mujeres con sobrepeso y obesidad han vivido experiencias y/o acontecimientos que las han llevado a no objetivar los significados del cuidado de sí en salud, especialmente por estrés, miedo o disgusto. De la misma manera se destacan los acontecimientos que se lograron identificar como barreras en el proceso de construcción del cuidado de sí en salud, tales como: el casamiento, tener hijos, convertirse en jefas de familia, el tener una vida doméstica enfocada al cuidado de la familia, convertirse en cuidadoras primarias, así como problemas familiares, violencia de pareja que las lleva a presentar estrés, ansiedad y coraje y, por ende, tener episodios de hartazgo de comida chatarra.

Un acontecimiento destacable en la vida de las mujeres fue ser diagnosticadas con diabetes y muertes de familiares por la misma enfermedad, situaciones que las llevaron a tener interacciones con las instituciones de salud y por ende una socialización con los profesionales de la salud, que va desde la atención y la enseñanza de las formas de cuidado de la enfermedad, especialmente en la búsqueda de establecer un estilo de vida saludable. Dichos acontecimientos y/o experiencias de vida trasladaron a las mujeres a construir significados del cuidado de sí, que va desde la aceptación del cuerpo, una imagen corporal como algo bonito, agradable a los ojos de los otros, aceptable, saludable, no importando ser delgada, considerado para ellas adecuado a lo que son los estereotipos sociales del cuerpo de la mujer adulta. Pero además darle importancia al cuidado del cuerpo físico y mental.

Con respecto al cuidado físico, las mujeres han construido significados sobre el acto de alimentarse y los alimentos, como una necesidad de comer de manera saludable, variedad de alimentos considerados saludables y las dietas como algo bueno para la salud. De la misma manera, han construido significados del ejercicio físico como necesario para el cuidado de la salud, algo

rutinario e importante, mismo significado que le atribuyen a la asistencia a las instituciones de la salud, considerado necesario para conocer la situación de la enfermedad y tener mayor vigilancia a su enfermedad.

Sin embargo, en dichas construcciones sociales de cuidado, las mujeres no han dado el salto al cuidado continuo, es decir, han construido significados y conocimientos del cómo cuidarse tanto físico como mental, pero no han constituido en lo individual esquemas de pensamiento (*habitus*) de autocuidado, más bien de descuido. Presentan actitud de flojera y procrastinación en practicar el cuidado de sí mismas, significados que son rebasados o están en segundo orden de prioridad para las mujeres por poner en primer lugar el cuidado de la salud de los miembros de la familia, ya sea por amor, responsabilidad y necesidad de tener control absoluto de la casa y de los hijos.

A esto se le atribuye que han construido significados del cuidado de la salud en una relación con el cuidado de los otros. Con respecto a los cuidados de la salud desde la alimentación, ellas priorizan la compra del alimento con respecto a los gustos familiares y no de su necesidad de consumo de alimento saludable, por lo que se ponen en segundo lugar su necesidad alimentaria, pero que además se saturan de actividades domésticas que presentan actitudes de flojera en la elaboración de comidas para ella, cediendo en consumo de comida al gusto de los hijos.

De igual manera sucede con el ejercicio físico, ellas priorizan las actividades domésticas que el hacer ejercicio, reconociendo que existe el tiempo disponible para hacer ejercicio cuando existe poca actividad doméstica, que en ocasiones es aprovechada cuando asisten a las actividades escolares de los hijos. Asimismo, presentan actitudes de vergüenza al salir al parque o hacer ejercicio en bicicleta o gimnasio, por estereotipos de lo que debe ser una mujer para otros, especialmente de lo que debe ser el cuerpo de la mujer ya casada y con hijos.

En relación con el cuidado de la salud desde la parte médica, las mujeres necesitan una programación mental para dejar la parte doméstica y asistir a la institución de salud; es decir, desde tiempo atrás de la fecha programada para asistir a los chequeos médicos de rutina, ellas piensan en las necesidades de alimentación y de cuidados familiares, abocándose a organizar todo para dejarlos a la orden de otros. Con respecto a ello, se destaca además que las mujeres han reproducido formas de cuidados de la salud aprendidas de su madre, considerados como roles asignados y aprendidos de generación en generación, como parte del sistema patriarcal.

Se afirma el supuesto general de investigación y las premisas teóricas como elementos destacables en la construcción social del cuidado de sí en salud de las mujeres y la parte contextual y de acontecimientos vitales desde la niñez hasta la etapa adulta como elementos importantes y atribuibles a la construcción de significados de descuido y cuidados del cuerpo, que va desde la aceptación y la negación de un cuerpo físico, la alimentación, la actividad física y la asistencia a las instituciones de salud.

Se continúa comprobando el supuesto y las premisas teóricas detallando que el significado de la imagen corporal de las mujeres es construido mediante el proceso de socialización con los otros, bajo las normas estéticas de la belleza occidental, y lo que debe ser el cuerpo de la mujer adulta que representa obstáculos en la aceptación y el cuidado del cuerpo físico; cabe destacar que los significados del cuidado de la salud personal son desplazados por las significaciones sociales que han construido sobre el cuidado de los otros, como algo moral, una responsabilidad y realizado por amor, considerado entonces un rol normalizado que obstaculiza la construcción de aprendizajes significativos para cuidarse a sí mismas. Se descubrió entonces que las mujeres que adquieren roles de cuidadoras de la salud cubren una necesidad de control sobre el otro (familia), desde una dominación más sumisa.

Las mujeres con sobrepeso y obesidad le dieron importancia al cuidado del cuerpo en etapas tardías, especialmente desde que experimentaron los acontecimientos de la diabetes. Sin embargo, no han consolidado prácticas de autocuidado, considerado como un cambio en lo subjetivo para llegar a las prácticas de cambios de estilos de vida; es decir, no han dado ese salto reflexivo de lo que debe ser el cuidado de sí mismo de manera individual (cuidado de sí) a una congruencia en las prácticas del cuidado (prácticas de autocuidado), y por lo tanto no se ha logrado una alternación (cambio en los estilos de vida sociales) en una sociedad que vive problemas de sobrepeso y obesidad.

Se pone en cuestión la capacidad humana adquirida durante las etapas de vida para cuidarse, esto es, los elementos resilientes no se han visibilizado de forma parcial. Se destaca la participación del Estado desde sus políticas sociales de salud, específicamente con los programas sociales de educación para la salud, los medios de socialización primaria (familia saludable) y secundaria (entornos escolares, laborales y comunitarios adecuados y saludables) como herramientas que se requieren para que se generen estrategias pedagógicas personales para el cuidado de sí en salud.

De las herramientas requeridas para el autocuidado, se requiere un discurso institucional adecuado para la construcción del cuidado de sí en salud, de ello se concluye que existe una desvinculación entre los discursos sobre el cuidado y la salud del cuerpo por los profesionales, lo cual se manifiesta en los programas de promoción de estilos de vida saludables. Así también no se le da importancia a la categoría del cuidado de sí en salud en los discursos, puesto que no es un constructo teórico-práctico, más bien subjetivo, que no es retomado por los profesionales para implementar estrategias pedagógicas en los programas de promoción al cuidado de la salud, aspecto observado en las instituciones de salud.

El conocimiento sobre los cuidados de sí en salud de la población adulta actualmente no fue construido desde etapas tempranas; es decir, no fueron aprendizajes significativos aprendidos en la infancia y adolescencia, si no que en la adultez empiezan adquirir significados de importancia, considerada una etapa tardía, la cual se puede decir que ha tenido una repercusión negativa a la construcción social del cuidado y esto se refleja en los altos índices de población con problemas de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas como la diabetes, padecimientos que requieren estilos de vida alimentarios y del cuidado del cuerpo de manera saludable.

Por otra parte, la construcción social del cuidado de sí debe de empezar desde las etapas de infancia y adolescencia, donde la socialización del cuidado desde el amor propio, la aceptación del cuerpo, la alimentación, el ejercicio físico y la asistencia a las instituciones de salud para chequeos médicos, debe de iniciar desde la familia y reforzarse en los espacios escolares y comunitarios. Para ello se requiere que, desde las políticas del primer nivel de salud, específicamente desde los programas de educación para la salud, se integren elementos del cuidado de sí mismo, dirigidos a la población escolar de nivel básico, medio y superior, puesto que esta población es una comunidad receptiva para el aprendizaje del cuidado de su salud.

Así también hay que resaltar la importancia desde la disciplina de Trabajo Social desde donde se busca propiciar espacios de diálogo y trabajo inter y transdisciplinario para proponer modelos de intervención del cuidado de sí en salud en las instituciones de salud como la UNEME EC, con el objetivo de introducir estrategias pedagógicas para que los y las pacientes atendidos durante el año de tratamiento puedan adquirir conocimientos y una capacidad autorreflexiva constante entre su yo, su cuerpo y sus prácticas para cuidar su salud en el mundo que los rodea; es decir, en contextos adversos y así propiciar el desarrollo de una sociedad enferma a una alternancia en los estilos de vida.

Por ello, se propone que desde la disciplina de Trabajo Social se desarrollen líneas de investigación sobre el cuidado de sí en salud vinculadas a la salud mental de las mujeres con sobrepeso, obesidad y diabetes, puesto que es una situación que surge como otros hallazgos en la investigación desarrollada y que es necesario profundizar en la idea de aportar elementos que sirvan para una mayor intervención de la salud.

Finalmente, el aporte de esta investigación se orienta hacia la propuesta del abordaje teórico de la categoría del cuidado de sí en salud en mujeres con características de sobrepeso y obesidad para la publicación de artículos científicos, elaborar y validar instrumentos cuantitativos de la categoría en población con sobrepeso (enfermedades crónicas) y fortalecer líneas y redes de investigación de cuidados de la salud en el noroeste de México, espacio regional que presenta mayores índices de sobrepeso y obesidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar Montes de Oca, Y P., Valdez Medina, J L., González Arratia, N I y González Escobar, S. (2013). Los roles de género de los hombres y las mujeres en el México contemporáneo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 18 (2), 207-224.
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29228336001.pdf>.
- Aguilar Martínez, O. (2020). Significados del cuerpo y la salud en el contexto de los estilos de vida modernos. Universidad Autónoma de la Ciudad de México. *Revista Persona*. 23 (1). doi: 10.26439/persona2020.n023(1).4833.
- Álamos S, M. (2011). La idea del cuidado en Leonardo Boff. *Revista Tales*. 4, 243-253. ISSN 2172-2587. www.revistatales.wordpress.com
- Aldana Suecun, L., Pinzón Rodríguez, M., Chala Quintero, M A., Ramírez Suarez, J D. (2017). La cultura fitness en la posmodernidad, un análisis desde la teoría de Zygmunt Bauman. *Rev. Academia*. [https:// www.academia.edu.mx](https://www.academia.edu.mx).
- Arias Vázquez, P I. (2015). Actividad Física en Diabetes Mellitus Tipo II, un Elemento Terapéutico Eficaz: Revisión del Impacto Clínico *Duazary*. 12 (12). 147-156. (redalyc.org).
- Barberá, E. (1998). *Psicología del género*. Ariel Psicología.
- Bauman Z. (2007). *Modernidad Líquida*. Fondo de la Cultura Económica.
- Bassi Follari, J E. (2015). El código de transcripción de Gail Jefferson: adaptación para las ciencias sociales. *Quaderns de Psicologia*. 17 (1). 39-62. [El código de transcripción de Gail Jefferson: adaptación para las ciencias sociales | Quaderns de Psicologia](#).

- Berenguera A., Fernández de Sanmamed M J., Pons M, Pujol E., Rodríguez D y Saura S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primaria Jordi Gol (IDIAP J. Gol).
- Berger, L. B y Luckman, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Amarrous.
- Bergero, M y Del Cam, M. (2017). Los significados sobre la alimentación saludable de mujeres en un barrio periférico de la ciudad de Córdoba Argentina. *Perspectiva en Nutrición Humana*, 19 (2), 51-53. DOI: 10.17533/udea.penh.v19n2a03.
- Bertaux D. (1999). El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Centro de Investigación (CNRS) LXIX*, 197-225. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.e> [FLACSO \(wordpress.com\)](http://www.flacso.org)
- Bleichmar, S. (2005). *La subjetividad en riesgo*. Topia.
- Bolívar A y Domingo., Fernández M. (2001). *La investigación Biográfico-Narrativa en Educación. Enfoque y Metodología*. Editorial La Muralla, S.A.
- Bonavitta P (2020). Cuidados (invisibles) y cuerpos para otros. Un estudio de caso de mujeres de Córdoba, Argentina. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*. 20(2). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476962934011>.
- Bourges, H. (1990). Costumbres, prácticas y hábitos alimenticios. *Cuadernos de Nutrición*. 13(2).
- Briones, G. (2006). *Teorías de las Ciencias Sociales y de la educación, Epistemología*. Trillas editorial.
- Bruner, J. (2014). *La educación, puerta de la cultura*. Visor.
- Castillo, L G., Pérez, F V., Castillo, R & Ghosheh, M R. (2010). Construction and initial validation of the Marianismo Beliefs Scale. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(2), 163–175.

- Ceballos Macías, J., Pérez Negrón, J R., Flores Real, J., Vargas Sánchez, J., Ortega Gutiérrez, G., Madriz Prado, R., y Hernández Moreno, A. (2019). Obesidad. Pandemia del siglo XXI. *Sadin Militar*, 72 (5 y 6). [Obesidad. Pandemia del siglo XXI \(scielo.org.mx\)](https://doi.org/10.1016/S0014-1801(19)30001-1).
- Chárriez Cordero M. (2012). Historia de vida: una metodología de investigación cualitativa. *Griot.5* (1). ISSN 1949-4742).
- Charry Higuera., Escobar Serrano y Micolta León. (2021). Dificultades de agentes educativas para el cuidado de sí dentro de un programa de modalidad familiar en Colombia. *Hacia. Prom. Salud*. 26 (2): 175-191. DOI: 10.17151/hpsal.2021.26.2.13.
- Chirolla, G. (2007). Reseña de Foucault y el sujeto político. Ética del cuidado de sí de Humberto Cubides Cipagauta. *Nómadas*. 241-243.
[https://www.bing.com/search?q=Chirolla%2C+Gustavo+\(2007\).Reseña+de+\"Foucault+y+el+sujeto+político.+Ética+del+cuidado+de+sí.+de+Humberto+Cubides+Cipagauta\".+Nómadadas](https://www.bing.com/search?q=Chirolla%2C+Gustavo+(2007).Reseña+de+\).
- Contreras Hernández, J., y Gracia Arnaiz, M. (2005). *Alimentación y cultura: perspectiva antropológica*. Ariel.
- Cornejo M., Mendoza F y Rojas R C. (2008). La Investigación con Relatos de Vida: Pistas y Opciones del Diseño Metodológico. *PSYKHE*.17 (1). 29-39. Chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v17n1/art04.pdf.
- De Beauvoir S. (1949). *El segundo sexo*. Gallimart.
- De la Cruz Mendoza, M. V. (2021). Trabajo Social en el área de salud: funciones desde el ámbito humanista. *Revista Social Fronteriza*. 1(2).

- De Moraes Prata M., Ruiz Pascua Ma., Bergueria Aratza., Anadon Sarha y Marba Martínez C. (2020). Comer en tiempos de confinamientos: gestión de la alimentación, disciplina y placer. *Periferia, revista de recerca i formació en antropologia*, 25(2), 63-73, <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.764>.
- Delgado B, G. (2017). Construcción social del género en Construir caminos para la igualdad: educar sin violencias. *IISUE-UNAM*. 23-60. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://132.248.192.241:8080/xmlui/bitstream/handle/IISUE_UNAM/221/Construccio%CC%81n%20social%20del%20ge%CC%81nero.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (1994). *Introduction: entering the field of qualitative research* en N. K. Denzin e Y. S. Lincoln (eds.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, Sage, en Vasilachis (Ed) *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Gedisa Editorial.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020, sobre covid 19*. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020>.
- Espeitx, Elena. (2003). La alimentación como instrumento: restricciones alimentarias severas, consumos desmesurados y “dietas adelgazantes”, en *II Jornadas de Antropología de la Alimentación, Nutrición y Salud*. Bilbao: EuskoIkaskuntza, Sociedad de Estudios Vascos. https://www.academia.edu/85838238/La_alimentación_como_instrumento...
- Fabiane Sebold., Vera Radunz y Carrasco. (2011). Percepciones sobre el cuidado de sí mismo, promoción de la salud y sobrepeso en estudiantes de enfermería. *Pesquisa RESEARCH Investigación*.
- Farías L y Montero M. (2005). De la transcripción y otros aspectos artesanales de la investigación cualitativo. *Journal of Qualitative Methods* 4 (1).

- Federación Mundial de Obesidad (HOW). Atlas de la obesidad en Homepage World Obesity Federation. [World Obesity Atlas 2022 | World Obesity Federation](#)
- Fernández, A.M. (2012). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Paidós.
- Fischler, C (1995). *El omnívoro: el gusto, la cocina y el cuerpo*. Anagrama.
- Flores Macías, G. (2018). Metodología para la investigación cualitativa fenomenológica y/o hermenéutica. *Revista Latinoamericana de Psicoterapia Existencial. UN ENFOQUE COMPRENSIVO DEL SER*. 17. https://www.fundacioncapac.org.ar/revista_alpe/index.php/RLP.
- Flores P. (2001). *Psicología social y género. El sexo como objeto de representación social*. McGraw Hill.
- Florence, L T. (2010). *Marco teórico conceptual, del insumo social y cultural de la canasta normativa*. EVALUA.
- Foucault (1996). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Ediciones Paidós Ibérica.
- Foucault (2004). “*La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad*”. Gallimard.
- Foucault, Michel (1998), *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Editorial Siglo Veintiuno.
- Foucault, Michel. (1982). *La hermenéutica del sujeto*. Fondo de la Cultura Económica.
- Freitag Vera., Marten., Motta Graca, C. (2018). Madre-cuidadora de niño/adolescente con parálisis cerebral: El cuidado de sí misma. *Enfermería Global*. 17 (50), 325-336. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.26582>.
- Galena de la O (1999). Campos de acción del Trabajo Social. En Sánchez (Ed) (1999). *Manual de Trabajo Social: Metodología y práctica del Trabajo Social*. Núm. Uno Series, FTS, UNAM.

- Garcés Giraldo G y Giraldo Zuluaga C. (2013). El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones Filosóficas*.14 (22). 187 – 20. ISSN 0124-6127. [El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado \(scielo.org.co\)](https://doi.org/10.11144/8886.chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2019/sal192j.pdf)
- Gracia C M. (2018). Asociación entre la globalización en sus diferentes dimensiones con el sobrepeso y la obesidad: un análisis en 10 países de América Latina y el Caribe. *Salud Publica Mex.* 61. 174-183. <https://doi.org/10.21149/8886.chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2019/sal192j.pdf>.
- Gobierno de México (2021). *DGPS de la Secretaria de Salud*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/dgps-nuestros-programas-233443>.
- Godoy Berthet C., Denigri Coria M, y Schnettler Morales B. (2018). Significados asociados a la noción de cuerpo y las prácticas alimentarias: un estudio cualitativo con madres chilenas. *Rev. De trastornos alimenticios*, 9.2. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2018.2.482>.
- González Ávila M. (2002). Aspectos éticos de la Investigación Cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*.29. 85-103. <https://www.redalyc.org/pdf/800/80002905.pdf>.
- González L, C. (2008). Identidad y percepción social del cuerpo. en Porzecanski, T. (Ed). *El cuerpo y sus espejos*. Planeta. 18.
- Gracia, Arnaiz, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Rev. Salud Pública de México*. 49 (3), 236-242. <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n3/09.pdf>.

- Güereca Torres R. (2016). La historia de vida: una metodología crítica para el análisis de los procesos sociales en Güereca Torres R (Ed). *Guía para la investigación cualitativa, etnografía, estudio de caso e historia de vida*. Casa abierta al tiempo, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Lerma. 9-161. ISBN 978-607-28-0928-4
- Guirao- Goris et al. (2016). Validez de criterio y de constructo del diagnóstico de enfermería "estilo de vida sedentario" en personas mayores de 50 años. *Revista de Salud Pública en España*. V. 90. <https://www.redalyc.org/pdf/170/17043728016.pdf>
- Hammersley M y Atkison P. (2004). *Etnografía Método de investigación*. Paidós Barcelona.
- Informe de gobierno de Sinaloa (2019). [Tema Salud Tercer Informe 2019.pdf \(saludsinaloa.gob.mx\)](#)
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2021). Encuesta Nacional de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2020). Índice de precios al consumidor de la canasta de consumo mínimo: documento. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825196929.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2022). Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC). inegi.org.mx.
- Íñiguez L. (1995). Métodos cualitativos en psicología social. *Revista de psicología social aplicada*, 5(1-2), 5-26. <https://portalrecerca.uab.cat/en/publications/métodos-cualitativos-en>.
- Jiménez Ruiz y Moya Aguilar. (2018). La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfermería Global*. 420-433. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.292331>

- Kaufer Horwith M y Pérez Hernández, J F. (2022). La obesidad, aspectos fisiopatológicos y clínicos. *Interdisciplina* 10. 26, 147-175. doi: <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.26.80973>.
- Lagarde D M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas putas, presas y locas*. UNAM.
- Lagarde L, M. (1996). *El género; fragmento literal: La perspectiva de Género, en Género feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Horas. 13-38. España. https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/08_EducDHyMediacionEscolar/Contenidos/Biblioteca/Lecturas-Complementarias/Lagarde_Genero.pdf.
- López Benavente Y; Arnau Sánchez J; Ros Sánchez T; Lidón Cerezuela B; Serrano Noguera A; y Medina Abellán D. (2018). Dificultades y motivaciones para el ejercicio físico en mujeres mayores de 65 años. Un estudio cualitativo. *Latino-Am. Enfermagem*. DOI: 10.1590/1518-8345.2392.2989.
- Lamas M. (1996). *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*. Porrúa Miguel Ángel.
- Mallimaci F y Giménez V. (2006). Historia de Vida y métodos biográficos. En Vasilachis de Gialdino (Ed). *Estrategias de Investigación cualitativa*. Gedisa. Biblioteca de educación.
- Menesses M T y Cano Arana A. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La historia de vida. *Nure Investigación*. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/394/385>
- Mendoza Catalán G; D'Alonzo K; Domínguez Chávez, J; Villa-Rueda A y González-Ramírez (2023). Relationship of Marianismo Beliefs With the Self-Care Behaviors of Mexican Women With Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Transcultural Nursing*. 34(2). 151-156. DOI: 10.1177/10436596221149690.

- Montero López, M., Santamaría Ulloa, C., Bekelman, T., Arias Quesada, J., Corrales Calderón, J., Jackson Gómez, M., Granados Obando, G. (2021). Determinantes sociales de la salud y prevalencia de sobrepeso-obesidad en mujeres urbanas, según nivel socioeconómico. *Hacia. Promoc. Salud.* 26 (2), 192-207. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.2.14>
- Morales García, M y Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2018). La obesidad, un verdadero problema de salud pública persistente en México. *Journal. Of Negative No Positive Result. JONNPR.*3(8):643-654. DOI: 10.19230/jonnpr.2544.
- Moreno Altamirano, L. (2010). Enfermedad, cuerpo y corporeidad: una mirada antropológica. *Gac. Med Mex. Historia y filosofía de la medicina.*146 (2). https://www.anmm.org.mx/GMM/2010/n2/64_vol.
- Moretti Patricia, A. (2019). *Trayectorias vitales alimentarias de mujeres adultas: buscando significados desde el enfoque de género.* Tesis Doctoral, Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad de Luján. [Descripción: Trayectoria vitales alimentarias de mujeres adultas: buscando significados desde un enfoque de género \(mincyt.gov.ar\)](https://www.mincyt.gov.ar)
- Muñoz Franco, N. E (2009). Reflexiones sobre el Cuidado de si: una categoría de análisis de la salud. *Salud Colectiva.* 5 (3). [hrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/731/73111844007.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/731/73111844007.pdf).
- Muñoz Franco, N E. (2019). Reflexiones del autocuidado, como categoría de análisis en materia de salud. *Materno infantil y del adolescente.* FACIAS.
- Muñoz Franco, N E. (2018). La promoción de la salud desde el trabajo social, en perspectiva del cuidado de sí masculino. *Revista de Trabajo Social.* 26-27, 87111.<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/35063>

- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (2014). *Alimentación Saludable*. Archivo pdf. <http://www.fao.org/nutrition/educacion-nutricional/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer el niño y el Adolescente 2016-2030*. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud de la mujer*. en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Sobrepeso y obesidad*. Recuperado en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud (2022). Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022. <https://eldiariodesalud.com/internacional/nuevas-directrices-de-la-oms-sobre-autocuidados>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012). Resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018). Agenda de salud para las Américas, 2030. [Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 \(paho.org\)](#).
- Pasca A J y Montero JC. (2015). *El Corazón del Obeso*. Intermedica.
- Passerino L. M. (2019). Cuidado de sí y experiencia de enfermedad. Aportes desde una perspectiva de género al tránsito de mujeres con cáncer de mama en el área metropolitana de Buenos

- Aires. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales* - Universidad Nacional de Jujuy. <https://www.redalyc.org/journal/185/18564991002/html>
- Perelló, O. S. (2009). *Metodología de la Investigación Social*. DYKINSON.
- Pujadas J, J. (1992). *El Método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Centro de Investigaciones sociológicas. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=92276>
- Pujadas J, J. (2000). El método biográfico y los géneros de la memoria. *Revista de Antropología Social*. 9.127-159. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=157925>.
- Quintana, A. y Montgomery, W. (2006). *Psicología: Tópicos de actualidad*. UNMSM.
- Raccanello K. (2020). Inseguridad Alimentaria, Sobrepeso y Obesidad en la Ciudad de México. *Pap. poblac.*26.104. <https://doi.org/10.22185/24487147.2020.104.18>
- Raffin M., Arcidiácono P., Arfuch L., Natenzon C., Filding, L., Rodríguez P. (2015). El cuidado como práctica política y socio-cultural. Argumentos. *Revista de crítica social*. (17), 1-40. [El cuidado como práctica política y socio-cultural | Arcidiácono | Argumentos. Revista de Crítica Social \(uba.ar\)](http://www.uba.ar/~critica-social/arcidiacono-argumentos)
- Retamozo M. (2012). *Constructivismo: Epistemología y Metodología en las ciencias sociales*. En *Tratado de metodología de las ciencias sociales: Perspectivas actuales*. Fondo de Cultura Económica. <https://www.aacademica.org/martin.retamozo/20>
- Rivera A, L. N (2006). Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. *Avance de Enfermería*. 2 (24), 91-98. [Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado | Avances en Enfermería \(unal.edu.co\)](http://www.unal.edu.co/~avances-enfermeria/autocuidado-y-capacidad-de-agencia-de-autocuidado)
- Rivera Damarco, J.A., Hernández Ávila, M., Aguilar Salinas, C.A., Vadillo Ortega, F., y Murayama Rendón, C. (2018). *Obesidad en México. Recomendaciones para una política*

- de estado. Universidad Nacional Autónoma de México. hrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf
- Rodríguez Enríquez C y Marzonetto G. (2015). Organización social del cuidado y desigualdad. El déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*. 4 (8), 103-134. ISSN 1853-9254.
- Rodríguez E y Soarez., y Damico, G. (2017). Dispositivos pedagógicos de educación en salud colectiva. *Colectiva Interface*. 22 (64). DOI: 10.1590/1807-57622017.0016. [180158183029.pdf \(redalyc.org\)](https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0016).
- Romero Juárez, A., y Arellano Gálvez, M. (2020). Representaciones sociales de la obesidad, la alimentación y el ejercicio entre las personas con obesidad en la Ciudad de México. *Estudios Sociales*.30 (60). CIAD. DOI: <https://dx.doi.org/19.24836/es.v30i55.878>.
- Rotenberg, S y De Vargas, S. (2004). Prácticas alimentarias del cuidado da salud: la alimentación de crianza a la alimentación de la familia. *Revista Brasil. Salud Materna, Infantil*. 4 (1), 85-94.
- Ruiz Olaguenaga, J, I y Leire M. (2002). *Como elaborar un proyecto de investigación social*: España. Cuadernos Monográficos del ICE. Segunda edición, Universidad de Deusto.
- Scott, J, W. (2008). *Género e historia. México*. Fondo de la Cultura Económica
- Scott, J, W. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. (Ed). Lamas M. El Género. La construcción Cultural de la Diferencia Sexual. Miguel Ángel Porrúa. Estudios de Género.
- Sandoval G, S y Ruiz B, Paola. (2018). *Canasta Alimentaria de México. Cambios Dietarios y Problemas de Representatividad Regional. Agroalimentario*. 24 (47),59-75.

file:///C:/Users/Lenovo/Desktop/ESTADO%20DEL%20ARTE/CANASTA%20ALIMENTARIA%20DE%20MÉXICO_%20CAMBIOS%20DIETARIOS%20Y%20PROBLEMAS%20DE%20

Sanz Hernández A. (2005). *El Método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales*. Asclepio. LVII-1.

Sayer, L. C. (2006). Trends in Women's and Men's Paid Work, Unpaid Work and Free Time. en *Social Forces*. 84 (1).

Schettini, P y Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*. Ciencias Sociales, Editorial de la Plata.

Schütz, Alfred. (1995). *El sentido común y la interpretación científica de la acción humana en* Schütz Alfred (1953). *El problema de la realidad social*, Amorrorrtu.

Secretaria de Salud (2010) *Plan Sectorial de Salud 2019-2024*. Recuperado en <https://amepresmexico.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/191001-PROSESA-2019-2024.pdf>.

Secretaria de Salud (2011). *Protocolo de Intervención Comunitaria*. UNEME de Enfermedades Crónicas. Gobierno Federal.

Secretaria General Parlamentaria (2014). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf.

Serrano Barquín C., Serrano Barquín., Zarza Delgado P y Vélez Bautista G. (2018). Estereotipos de género que fomentan violencia simbólica: desnudez y cabellera. *Revista Estudios*

- Feministas, Florianópolis.* 26(3): en <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584-2018v26n344848>.
- Shinan Altman, S. (2017). Medical social workers' perceptions of obesity. *Journal of Social Work*, 17(3): 343-357. DOI: <https://doi.org/10.1177/1468017316644696>.
- Similkin, Hugo y Becerra Gaston. (2013). El proceso de socialización: apuntes para su exploración en el campo psicosocial. *Rev. Ciencia, Docencia y Tecnología.* 14 (47), 119-142. [Dialnet-ElProcesoDeSocializacion-4696738 \(1\).pdf](#).
- Sossa Alexis. (2010). Michael Foucault y el cuidado de sí". *CONHISREMI, Revista Universitaria Arbitrada de Investigación y Diálogos Académicos.* pp. 34-45. [\(PDF\) MICHEL FOUCAULT Y EL CUIDADO DE SÍ. \(researchgate.net\)](#)
- Strauss A y Corbin J. (2012). *Bases de investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.* Universidad de Antioquia.
- Suárez Carmona W, Sánchez Oliver A J, González Jurado J A. (2017). Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual Pathophysiology of obesity: Current view. *Rev. Chil Nutr.* 44(3). <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182017000300226>.
- Suarez Solana, Ma del C. (2016). Significado externo de la alimentación en México. *Rev. Salud Colectiva.* N 12 (4), 575-578. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.1103>.
- Turner, B S. (2008). *The body and society: Explorations in social theory.* SAGE Publications. k.sagepub.com/books/the-body-and-society-3e
- Unidades Médicas de Especialización en Enfermedades Crónicas (2023). *Registro de pacientes.* [Archivo pdf] 11-11.

- Valenzuela Gutiérrez, M y Meléndez Torres, J. (2019). Normalización del cuerpo femenino. Modelos y prácticas corporales de mujeres jóvenes del Noroeste de México. *Rev. Región y Sociedad*. 31. doi: 10.22198/rys2019/31/1067.
- Valles, S.M. (1999). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión Metodológica y Practica Profesional*. Editorial Síntesis.
- Valverde M, M y Gutiérrez S M. (2016). Orden de Género e Insatisfacción Corporal: un análisis cualitativo. *Rev. Artigos de tema Livre. Universidad de Salamanca*. 11.13. DOI: 10.12957/demetra.2016.22493
- Valverde Martínez. (2016). *Las construcciones sociales como base para el análisis de las carreras corporales tensas*. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca: Departamento de Sociología y comunicación. <http://hdl.handle.net/10366/128852>.
- Vaquero, A., Macías, O. y Macazaga, A. (2014). La práctica corporal y la imagen corporal: reconstruyendo significados. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 17 (1), 163-176. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/reifop.17.1.181921>
- Vasilachis de Gialdino I. (2006). La investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino (Ed.). *Estrategias de Investigación cualitativa*. Gedisa Editorial. Biblioteca de educación, España.
- Vela, P. F. (2008). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. En Tarres María. *Observar, escuchar y comprender, sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. El colegio de México.
- Velasco, M. (1989). *El marianismo, la otra cara del machismo en El beso de la mujer araña*. Texto Crítico. <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/669141https://cdigital.uv.mx/b>

- Vélez Restrepo, O. (2003). Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas. Espacio Editorial.
- Vergara Q, D. C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso de salud-enfermedad. *Rev. Hacia la Promoción de la Salud*. 12, 41-50. [v12n1a03.pdf \(scielo.org.co\)](#)
- Viveros M. (2002). Género y Salud Reproductiva en Colombia. En Franco Agudelo S (Ed). *La Salud Pública hoy Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública*. epositorio.unal.edu.co/handle/unal/2520?show=full
- Viveros M, Garay G. (1999). *Cuerpo, diferencias y desigualdades*. Ciencias Sociales. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/2893>
- Willett, W., (1998). Nutritional epidemiology; *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 14(4).
- World Health Organization Obesity (1997). *Preventing and managing the global epidemic: report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneve: World Health Organization; [Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation - PubMed \(nih.gov\)](#).
- Zilli Francielly., Siqueira Perboni, J., y Griebeler Oliveira, S. (2019). Michel Foucault y el cuidado de sí en el campo de la salud: una revisión integrativa. *Cultura de los Cuidados*. (53). [Michel Foucault y el cuidado de sí en el campo de la salud: una revisión integrativa \(semanticscholar.org\)](#)

ANEXOS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

DOCTORADO EN TRABAJO SOCIAL

GUÍA DE ELABORACIÓN DE LA ENTREVISTA

TEMA: CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL CUIDADO DE SÍ EN SALUD DE MUJERES ADULTAS, CON SOBREPESO Y OBESIDAD QUE ASISTEN A LAS UNEME EC EN CULIACÁN SINALOA.

Sujetas de estudio: la entrevista está dirigida las mujeres con problemas de sobrepeso u obesidad que reciben atención en las Unidades de Especialización de Enfermedades Crónicas (UNEME EC).

Guía de entrevista

Tema: Construcción Social del Cuidado de Sí, de Mujeres Adultas, Madres de Familia con Sobrepeso y Obesidad que Asisten a las UNEME EC en Culiacán Sinaloa.

Sujetas de estudio: la entrevista está dirigida las mujeres con problemas de sobrepeso u obesidad que reciben atención en las Unidades de Especialización de Enfermedades Crónicas (UNEME EC).

1. Objetivos de Investigación

General

Comprender de qué manera fueron contruidos los significados sociales del cuidado de sí en salud de las mujeres adultas con sobrepeso, obesidad en relación a su imagen corporal, la alimentación, actividad física, la asistencia a las instituciones de salud y el cuidado de los otros, partir de las atribuciones asignadas al género, mediante las experiencias de vida.

Específicos

Identificar los significados que poseen las mujeres madres de familia sobre su imagen corporal, la alimentación, actividad física y la asistencia a las instituciones de salud como formas de cuidar su cuerpo.

Relatar los significados sociales que hay construido las mujeres con respecto al ser cuidadora de otros a partir del rol de género asignado.

Caracterizar los significados construidos la alimentación, la actividad física y la asistencia a las instituciones de salud, a partir de su construcción de ser cuidadora de otros como parte de los roles de género asignados.

Estrategia y fases de aplicación. Las entrevistas se aplicarán en tres fases, se iniciará con preguntas iniciales en la idea de entablar conversación y conocer a las mujeres para adéntranos con la segunda fase de la entrevista, donde se le cuestionará sobre los significados en la etapa actual de sus vidas. En la tercera fase se hará una retrospectiva de sus vidas cuestionando significados en algunas de las etapas de vida y pidiendo narraciones de algún acontecimiento, solicitando en algunos casos imágenes, diarios o alguna evidencia clínica.

Encadre de la entrevista: Explicación breve del objetivo y la forma de aplicación de la entrevista, mencionando el permiso para grabarla y algunas preguntas para establecer la empatía en la idea de capturar su atención y confianza.

Categorías analíticas y discursivas

- ***Género y roles de género***

Preguntas: ¿Qué significa para ti ser mujer? ¿Me podrías decir que actividades identificas tú que son diferentes y los distinguen de ser hombre y mujer? ¿Me podrías decir que actividades hacer en tu cotidianidad distinta a la de los hombres?

¿Qué actividades le fueron asignadas por su familia por ser mujer cuando era niña, adolescente, joven o adulta?

Imagen corporal:

Temas: significado de su imagen corporal, concepción que tengan las mujeres de ellas mismas en cuanto al cuerpo en las diferentes etapas de su vida.

Estrategia de aplicación: se iniciará en la etapa actual haciendo una retrospectiva de sus vidas y se pedirá que comparta fotografías de su imagen en las diferentes etapas de su vida.

Preguntas: ¿Que representa para usted como mujer tener sobrepeso y obesidad?

¿Cuál es el cuerpo ideal para ti? ¿Cómo aprendiste cual es el cuerpo ideal de una mujer? ¿Usted se considera que su cuerpo está enfermo al tener sobrepeso u obesidad? ¿Por qué?

¿Alguna vez te has cuestionado sobre el tamaño y forma de tu cuerpo en estos momentos de tu vida? ¿Alguna vez te han hecho comentarios sobre la forma y tamaño de su cuerpo?

Cuidado de si en salud

Temas: se cuestionará a las mujeres sobre su percepción u opinión del cuidar la salud de su cuerpo físico y mental, así como las reflexiones que han realizado en alguna etapa de sus vidas para cuidarlo.

Preguntas ¿Qué significa para usted cuidarse a sí misma con respecto a su problema de sobrepeso u obesidad? ¿Cómo te cuidas en tu sobrepeso u obesidad? ¿Me podría mencionar de qué manera ha cuidado su salud a lo largo de su vida? ¿Cómo aprendió a cuidar la salud de su cuerpo? ¿Cómo aprendió a distinguir qué actividades son buenas o malas para el cuidado de su salud?

- ***Acciones de autocuidado***

Alimentación

Tema: ideas de sentido común que tengan las mujeres referentes a su alimentación, alimentación saludable, las dietas y hábitos alimentarios que desarrollen en su vida cotidiana, incluyendo sus gustos por algunos alimentos.

Preguntas: ¿Qué alimentos comes normalmente? ¿Cuénteme que comidas consume durante un día, me refiero desayuno, comida y cena? ¿Qué te han dicho sobre tu alimentación en la UNEME? ¿Qué tanto estás cumpliendo? ¿Cómo se ha sentido cuando elige los alimentos que va a consumir, al elaborar las comidas o consumirlas? ¿Qué piensa cuando compra los alimentos que va a consumir usted y su familia? ¿Cómo ha experimentado el cambio de la dieta que llevaba antes y la dieta que lleva ahora? ¿Cómo se ha sentido con respecto a que no ha podido hacer cambios en la dieta? Cuénteme la experiencia cuando no pudo ¿Cómo aprendió usted sobre que alimentos son buenos o malos para la salud? cuénteme alguna experiencia de vida en cuanto a ello.

Actividad física

Tema: ideas u opiniones tienen sobre el hacer ejercicios para cuidar el su cuerpo, cómo y cuándo lo hacen, los espacios libres, tiempo disponible para hacer ejercicio o actividad física.

Preguntas: ¿Qué significa para usted el hacer actividad y ejercicio físicos con respecto a su problema de salud? ¿Que le han dicho en la UNEME, con respecto al hacer ejercicio? Cuénteme su rutina diaria, desde que amanece hasta que anochece. Cuénteme su rutina de hacer ejercicio antes y después de que han sugerido hacer ejercicio ¿Cómo se ha sentido con respecto a establecer rutinas permanentes de ejercicio? ¿Ha podido establecer rutinas de ejercicio? ¿Cómo se ha sentido? ¿Qué piensa de los espacios libres y privados para hacer ejercicio? ¿Qué es para usted el uso del tiempo para hacer ejercicio? ¿Cómo aprendió que el ejercicio es bueno para su salud? cuando y con quienes lo aprendió?

Asistencia a las instituciones de salud.

Temas: ideas sobre la asistencia a recibir atención en salud, servicio recibido por los profesionales y tratamiento recomendado.

¿Qué significa para usted atender su salud? ¿Cómo llego a ser atendida por la UNEME EC? ¿Cómo se ha sentido el estar recibiendo atención a su salud de los profesionales de la salud, médicos, enfermeros, nutriólogo, psicóloga y de la Trabajadora Social? ¿Cómo se siente sobre estar asistiendo de forma periódica a la UNEME EC a recibir su tratamiento? ¿Cuénteme cómo es su rutina de asistencia a la UNEME EC? ¿Cuénteme como es el tratamiento en este lugar? ¿Cómo y cuándo aprendió usted que debe de buscar la atención profesional con respecto a su salud física y mental? Cuénteme alguna experiencia de vida, de cuando usted asistía al médico o a otros lugares para atender su salud.

- **Cuidado de otros**

Tema: roles de género asignados como cuidadora de otros y los significados construidos con respecto las acciones de autocuidado a partir del rol de ser cuidador de otro.

Roles de género como cuidadora de otros

¿Qué significa para usted cuidar a otras personas? ¿Qué implica el cuidar la salud de sus familiares? ¿Por qué los cuida? Cuénteme cuál es su rutina para cuidarlos ¿Qué opina del tiempo que les dedica a cuidarlos? ¿Qué piensa de su salud, al cuidar la salud de los miembros de su familia? ¿Cómo aprendió que usted debe de ser la responsable de cuidar la salud de los miembros de su familia? ¿Cuándo era niña, adolescente, joven y adulta joven, le asignaron alguna vez actividades para cuidar a otros? Me podría dar ejemplos.

Preguntas de cierre. ¿Deseas agregar algo más a tus comentarios y respuestas de las preguntas? ¿Tienes alguna duda con respecto al uso de los datos de la entrevista? ¿Deseas que te muestre de qué manera voy a usar los datos en la investigación?

Agradecimiento: se le agradece su disposición al responder las preguntas de la entrevista y su colaboración para exponer datos de su vida pasada y algunos comentarios extras.

Así también para la recogida de los datos se utilizará como instrumento la cedula sociodemográfica, en la idea de caracterizar la muestra seleccionada. La cedula es usada como auxiliar en la investigación cualitativa, esta comprenderá de variables que permitan identificar, la edad, ingreso, egreso, lugar donde vive, el estado civil, el tipo de familia, integrantes, trabajo, asistencia social, etc.

Datos sociodemográficos

Información General

Fecha: _____
(Día /Mes / Año)

Nombre: _____

1.- Edad: _____ 2.- Género: M () F () Otro: _____ 3.- Estado Civil: _____

4.-Ocupacion: _____

5.- Lugar De Origen: _____

Lugar De Residencia _____

6.-Caracterización De La Familia

Otra:

Tipo De Familia:

Nuclear ()

Monoparental ()

Monoparental ()

Extendida ()

Reconstituida ()

Homoparental ()

7.- ¿Pertenece a un grupo indígena? Si ____ No _____

8.- Nivel de estudios.

Sin estudios _____ Elementales (Primaria) _____ Medios (bachillerato,
Técnicos) _____ Superiores (universitarios)

9. Servicios médicos con los que cuenta la familia:

IMSS () ISSSTE () Centro de salud ()

Dispensario () Médico Privado () INSABI ()

SEDENA () SEMAR () Ninguno ()

Otros () Especifique: _____

10.- Enfermedades en alguno de los integrantes de su familia que vivan con usted:

Hipertensión () Diabetes mellitus () Oncológicas ()

Neurológicas () Obesidad () Tabaquismo ()

Alcoholismo () Drogadicción ()

Otra: () Especificar _____



Facultad de Trabajo Social y Posgrado
Av. Sauces y Calle Cedros s/n,
Fraccionamiento Los Fresnos
C.P. 80370 Culiacán, Sinaloa, México.
Tels. (667) 713 19 86 y 712 92 93

Dr. Miguel Alejandro Fuentes Ángulo
Director UNEME EC Toledo Corro
PRESENTE:

Por medio de la presente, le saludo y a su vez solicito su autorización para que la, estudiante de Doctorado en Trabajo Social, MC. Gladis Acosta Moreno, pueda aplicar instrumento de recolección de datos, que aporten a su investigación denominada **“Construcción social del cuidado de si en salud de mujeres adultas con problemas de sobrepeso y obesidad que asisten a la UNEME EC, en Culiacán Sinaloa”** en dicha institución que está a su cargo, durante el periodo de 2023 al 2024.

Sin más por el momento me despido de usted agradeciendo su atención y ayuda a la presente.

Atentamente:
“Sursum Versus”

Culiacán de Rosales, Sinaloa, a 23 de enero de 2023.



Dra. Gloria Isabel Camacho Bejarano
Directora de la Facultad de Trabajo Social



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE SINALOA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
2022-2025
Culiacán de Rosales, Sin., Méx.

C.c.p. Archivo de posgrado en Trabajo Social.