



“Juventud, vitalidad y salud...”: Aproximación al estudio de las nociones sobre el cuidado de la salud, de estudiantes de la Universidad de Sonora

**Tesis que para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Sociales
Presenta**

Celene Aguilar Rodríguez

Directora de Tesis: Patricia Aranda Gallegos

PRÓLOGO.

Este trabajo representa un primer abordaje en el análisis de los factores socio-culturales asociados al cuidado de la salud y ofrece un primer acercamiento al estudio de las enfermedades crónico-degenerativas, de manera particular sobre diabetes mellitus tipo 2 y de las acciones preventivas en población menor de 25 años. El estudio fue exploratorio y utilizamos métodos cualitativos por medio del análisis de los discursos de ocho participantes claves.

La diabetes es uno de los problemas de salud pública en México, que se ubica dentro de las principales causas de muerte en los grupos de edad mayores de 40 años. (Secretaría de Salud, 2005). Los costos de la enfermedad generados por invalidez, mortalidad temprana, complicaciones y tratamiento hacen que la diabetes sea una de las enfermedades más caras para el sistema de salud. (Hart y Collazo, 1998:213)

Los grupos de edad menos afectados por esta enfermedad son los de menores de 35 años. Sin embargo, varios factores de riesgo están presentes en niños y jóvenes, como es el caso de la herencia y el sobrepeso. Con relación a esto una proporción significativa de personas menores de 29 años en México tiene sobrepeso u obesidad (33.3 y 14.4 % respectivamente). (Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2003: 37).

La Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, establece que la detección de la diabetes mellitus tipo 2 en personas con riesgo se realice a partir de los 20 años. (Secretaría de Salud, 2004), los jóvenes que entrevistamos pertenecen a un rango de 18 a 25 años.

Los hallazgos de esta investigación lo presentaremos en siete capítulos: en el primero analizamos los datos epidemiológicos a nivel nacional y estatal, así como un panorama general de la diabetes en el mundo. Asimismo señalamos diversos estudios realizados en México, entre ellos los de García de Alba y

Salcedo (2002), y Francisco Mercado y colaboradores (1993 y 1995), que han explorado la diabetes desde distintos enfoques. En Sonora estudios de Albarrán (2001), Barragán (2004) y Rivera (2004).

En el segundo capítulo, retomamos los conceptos sobre representaciones sociales y auto-cuidado como nociones principales a partir de las cuales describimos y analizamos la información.

En el tercer capítulo reseñamos las estrategias metodológicas que guiaron este trabajo y hacemos una descripción de las técnicas utilizadas y de los informantes.

Los hallazgos referentes a las representaciones del auto-cuidado y la definición de la diabetes, lo presentamos en el capítulo cuarto. En este apartado describimos los contenidos de las categorías construidas para el análisis de las representaciones, el cual se subdivide en 7 apartados; *concepciones acerca de la actividad física, construcción de lo saludable, alimentación, definición de diabetes, actividades asociadas al auto-cuidado, valoración de riesgo y la relación entre género y cuidado de la salud.*

En el capítulo quinto señalamos las conclusiones de este trabajo, en el apartado sexto y séptimo ofrecemos los alcances y limitaciones del estudio, y sugerimos las nuevas líneas de investigación a seguir respectivamente.

AGRADECIMIENTOS.

Es importante señalar que todo trabajo de investigación no sería posible sin el apoyo de personas e instituciones comprometidas en la producción de conocimientos científicos.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico brindado en el tiempo que estudie la maestría. Asimismo al Colegio de Sonora y la Universidad de Sonora, por todas las facilidades prestadas en el tiempo de elaboración de este trabajo. También agradezco de forma especial a los Coordinadores de psicología e ingeniería civil, personal de la Dirección de Servicios Estudiantiles, y de manera particular a la Mtra. Guadalupe González.

Por su persistencia, apoyo y dedicación a este trabajo, agradezco de manera especial a la Dra. Patricia Aranda, su disposición y constante asesoría permitió finalizar este documento.

Agradezco a la Dra. Isabel Ortega y la Mtra. Blanca Rivera, por su tiempo, observaciones y sugerencias que engrandecieron esta investigación.

A mis amigos, Martha, Fabiola, Andrés, Antonio, Jesús, René, Rubén, Gaby, Miguel Ángel y Alejandra, por su apoyo y buenos ratos, y de manera especial a Evelyn, por su ayuda incondicional y amistad.

Agradezco sobre todo a los jóvenes que participaron en este estudio, su disposición para vernos en las horas libres y días de descanso. También a mis padres y hermanos, por entender la importancia de este trabajo, que en un momento los desesperó al no verlo finalizado. Sin embargo respetaron ese tiempo y me ofrecieron su apoyo incondicional, gracias por esto y la ayuda que sé, seguirán brindándome.

ÍNDICE.

	Página.
Prólogo.	ii
Agradecimientos.	iv
Índice general.	v
Índice de tablas y figuras.	vii
1. Antecedentes	
1.1 Diabetes: sus características y factores de riesgo.....	1
1.2 Panorama epidemiológico.....	4
1.3 Estudios sobre diabetes: una mirada desde las ciencias sociales.....	6
1.4 Pregunta general de investigación.....	8
2. Cuidando nuestra salud: representaciones sociales y auto cuidado	
2.1 Comprendiendo el cuidado de la salud desde la teoría de representaciones sociales.....	12
2.2.1 Estudios sobre representaciones sociales de las enfermedades crónicas en México.....	18
2.2 Auto – cuidado.....	20
3. Método: Abordando significado	
3.1 Técnicas utilizadas.....	25
3.2 Población de estudio.....	26
3.2.1 Características de los informantes.....	28
3.3 Análisis.....	29
4. Jóvenes: nociones y concepciones del auto-cuidado y diabetes	
4.1 UNISON: programas y currícula.....	31
4.2 Informantes.....	35
4.3 Construyendo lo saludable.....	39
4.4 Lo que hay que hacer para estar sano.....	45
4.5 Salud y género: diferencia en el cuidado de la salud entre hombres y mujeres.....	50
4.6 Construyendo la actividad física.....	56
4.7 Construyendo la alimentación saludable.....	60
4.8 Describiendo diabetes.....	66
4.9 ¿Diabetes a la vuelta de la esquina?: jóvenes y enfermedades crónicas.....	71
5. Conclusión.....	79
6. Alcance y limitaciones del estudio.....	88

7. Sugerencias.....	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92

ANEXOS.

Guía de entrevista semi-estructurada.

Guía de entrevista a funcionarios del programa de salud.

Guía de entrevistas coordinadores.

Guía de observación.

Nociones sobre auto-cuidado y diabetes.

Menú del comedor universitario.

Consentimiento informado.

Ficha de identificación.

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.

	Número	Página
Fig. 1	Relación de características mediadoras en la construcción de las representaciones asociadas al cuidado de la salud.....	10
Tab. 1	Tasa de incidencia de diabetes en México.....	5
Tab. 2	Número crudo y tasa de mortalidad de diabetes en México.....	6
Tab. 3	Criterios de inclusión y número total de informantes.....	28
Tab. 4	Categorías construidas para el análisis sobre los discursos sobre representaciones del auto-cuidado.....	30
Tab. 5	Características de los informantes.....	35

1. ANTECEDENTES.

1. 1 Diabetes: sus características y factores de riesgo

La primera descripción sobre diabetes se encuentra en los escritos de Ebers en 1535 a.C., en estos, caracterizan a la enfermedad por el flujo de grandes cantidades de orina. El término diabetes, *dia*: a través; y *betes*: pasar se atribuye al griego Areteo de Capadocia (II s., DC), quien posiblemente fue el primero en diferenciar a la diabetes de orina dulce (mellitus, vocablo latino usado después) y la que carecía de tal sabor (insipidus). (Chiquete, Nuño y Panduro, 2001)

La Norma Mexicana para la prevención, control y tratamiento de la diabetes mellitus define a esta como una enfermedad *sistémica, crónico degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.* (NOM -015-SSA2-1994, Secretaria de Salud, 2004).

La diabetes es una enfermedad crónica que se caracteriza por la falta o mal aprovechamiento de la insulina, cuyo efecto se ve reflejado en el incremento de glucosa en la sangre. Los efectos del aumento de glucosa en sangre afecta al organismo y las emociones. (Durán, Bravo, Hernández y Becerra, 1999; 117).

La diabetes se clasifica en diabetes gestacional, tipo I (insulino- dependiente) y diabetes tipo II (no insulino-dependiente). Este último representa casi el 90% de todos los casos de diabetes y se desarrolla generalmente a los 40 años aunque cada vez se presenta en personas más jóvenes. (Durán, et., al. 1999: 149).

Alvarado y colaboradores (2001) señalan varios factores de riesgo asociados a la presencia de la enfermedad entre los que se encuentran los genéticos y ambientales. En su trabajo en la comunidad Pima de Arizona,

vincularon el desarrollo de la diabetes a los cambios en los estilos de vida. Estos asociados a la migración y el medio ambiente.

Se estima que entre el 80 y 90 % de de las personas obesas desarrollan diabetes. Las personas obesas tienden a producir mayor insulina por lo cual el páncreas trabaja el doble, hasta que este órgano pierde control. (Durán, et., al. 1999; 149). Kitagawa y colaboradores, (1998, citados en Alberti, G. et. al. 2004; 1802), señalan a la obesidad como el eslabón clave en el desarrollo de la diabetes tipo 2. Un ejemplo de ello es Japón, en donde el aumento en la incidencia de esta enfermedad en niños y jóvenes está asociado a la obesidad. Otro elemento que resalta en este trabajo es la actividad física, la investigación muestra que éste es el principal factor relacionado al sobrepeso y obesidad.

Kimm y colaboradores, (2000, citado en Alberti, G., et., al, 2004: 1803) realizaron un estudio longitudinal con mujeres adolescentes entre 16 y 17 años en Estados Unidos, los resultados marcan una disminución significativa en la actividad física.

Macaluso y colaboradores, (2002, citados en Alberti, et., al. 2004; 1800), señalaron el aumento de casos nuevos de diabetes tipo 2 en jóvenes estadounidenses. En el periodo de 1994 a 1998 incrementó el número de personas jóvenes con diabetes, del 9.4 al 20 %. Neufeld y colaboradores, (1998, citados en Alberti, G. et., al, 2004; 1800), muestran que el 31 % de los casos de diabetes registrados en jóvenes México-americanos entre 0 y 17 años, es del tipo 2.

Durán, et., al. (1999; 150-151, 153), describen la relación entre estrés y complicaciones en el sistema inmune. Los autores señalan que la constante tensión y depresión que viven las personas aumenta riesgo de padecer diabetes mellitus en comparación con aquellas que se encuentran relajadas. Otros factores asociados a la presencia de la enfermedad son: a) *alcoholismo crónico, puede destruir la células beta, encargadas de la producción de insulina;* b) *algunas enfermedades virales, dañan el páncreas, donde se encuentran las células beta;*

c) disfunción auto-inmune, es decir, el sistema de defensas del organismo puede afectar por equivocación a las células beta; y finalmente, medicamentos, tal como la cortisona y sus derivados los cuales pueden impedir el trabajo de la insulina en el organismo.

En resumen, un factor vinculado a la presencia de la enfermedad es el sobrepeso u obesidad. En México casi dos terceras partes de los participantes en la Encuesta Nacional de Salud del 2000 presentaron un índice de masa corporal superior al normal, lo que representa que el 23.7 % de personas obesas y el 38.4 % tiene sobrepeso. De acuerdo a los datos de esta encuesta se observó un prevalencia casi del 50 % más de casos de obesidad en mujeres (21.8 %) en comparación con los hombres (18.6%); en contraste, la prevalencia de sobrepeso fue ligeramente mayor en el caso los hombres (40.9 vs.36.1 %). Asimismo señalan una relación directa entre los porcentajes de sobrepeso y obesidad con la edad. Sin embargo, de acuerdo a esta encuesta una proporción significativa de los casos de personas menores de 29 años tiene sobrepeso u obesidad (33.3 y 14.4 % respectivamente), Las edades con mayor prevalencia fueron entre 40 y 59 años. (Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2003: 37).

La información sobre las consecuencias del sobrepeso en nuestra salud y la promoción en la adopción de estilos de vida saludable son algunas de la estrategias que se utilizan en los programas preventivos del Seguro Social (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006). Además de estos factores consideramos necesario identificar los facilitadores o barreras que dificultan llevar una vida saludable. Para ello, creemos necesario realizar estudios en los cuales se explore las nociones y conceptos que las personas manejan sobre el cuidado de la alimentación y la actividad física. De esta forma acercarnos al mundo simbólico de la persona en riesgo.

Panorama epidemiológico.

Estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud señalan un aumento progresivo en el número de personas diabéticas. En el año 2000 el número de personas diabéticas en América ascendió a 35 millones, de los cuales el 54 % en países latinoamericanos y el Caribe. Para el 2025 se estima que el número de personas con este padecimiento alcanzará los 64 millones, de los cuales 40 serán diagnosticados en Latinoamérica y el Caribe. (OPS, 2001).

De acuerdo a la encuesta nacional de salud en México, la prevalencia de diabetes mellitus en población de 20 años o más es de 7.5 %, de los cuales el 77.3 % ya conoce el diagnóstico. También se estima que existen alrededor de 2.8 millones de adultos mexicanos que saben de un diagnóstico positivo de la enfermedad. Sin embargo, datos similares calculan que 820 mil personas tienen diabetes pero desconocen su enfermedad. (Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2003: 94).

Otro dato importante que aporta la literatura es la relación de la enfermedad con el antecedente familiar (Alberti y cols, 2004; Duran y cols, 1999). La prevalencia de las personas que reportaron no tener ningún familiar directo con diabetes fue 6.1 % menor que aquellas con el antecedente familiar donde este número aumento a 10.2; cuando ambos padres tienen la enfermedad, la prevalencia llegó a 19.5 %. (Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2003: 95).

La prevalencia de la diabetes mellitus varía con la edad, el número de casos nuevos más alto se registró en personas entre 70 y 79 años (22.4 %), y en menor porcentaje el grupo de 20 a 39 años (2.3 %). De acuerdo a la encuesta de salud de México, una proporción importante de los casos inició su enfermedad antes de los 40 años. (Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, 2003: 94).

La incidencia de diabetes entre el año 2000 y 2003 creció de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. En la tabla 1 se muestra los casos nuevos de diabetes a nivel nacional.

Tabla 1. Tasa de incidencia de diabetes en México.

Año	México. Tasa (*100,000)
2000	288.4
2001	291.3
2002	114.6
2003	365

Fuente: INEGI (2005), Tasa de morbilidad de los principales casos nuevos de enfermedad del 2000 al 2003

En el año 2003, la tasa de incidencia para el estado de Sonora en el grupo de 20- 24 años fue de 40.17 casos (por cada 100, 000 habitantes), mayor que el valor registrado a nivel nacional de 33.4. (Dirección general de epidemiología, 2005). En Sonora, la tasa de incidencia para los años del 2001 y 2002 señala, al igual que la tasa nacional, un incremento sostenido en el número de casos nuevos. De los 10, 000 enfermos registrados en el 2001, 22.3 tienen diabetes. Este número aumentó, en el año 2002, la tasa de incidencia fue de 35.8. (Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora, 2005a, b)

El número de muertes por diabetes en México y Sonora incrementó de forma sostenida entre los años 2000 al 2003. La diabetes mellitus tipo 2 se sitúa dentro de las primeras cinco causas de muerte después de los 40 años. En la tabla 2 se muestra la tasa de mortalidad a nivel nacional.

Tabla 2. Número crudo y tasa de mortalidad de diabetes en México.

Año	Muertes	Tasa (*100,000)
2000	46,525	46.26
2001	49,855	48.96
2002	54,828	53.21
2003	59,119	56.73

Fuente: Secretaría de Salud (2005). Principales causas de mortalidad general en México del 2000 al 2003

En el 2000, Sonora registró 172 muertes a causa de la diabetes, la tasa de mortalidad para este año fue de 15.5 por cada 100, 000 muertes. Para el año 2001, el número de muertes registrada fue de 399 y una tasa de 17.1 casos. (Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora, 2005a,b)

Estudios sobre diabetes: una mirada desde las ciencias sociales.

En la revisión bibliográfica de estudios sobre diabetes en México, identificamos dos grupos de investigadores con una importante producción de trabajos, uno de ellos forma parte de la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y en Servicio de Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social, el otro grupo de la Universidad de Guadalajara. Gran parte de sus trabajos estudian la importancia de las redes de apoyo, adherencia terapéutica y a los procesos culturales vinculados al control de la enfermedad. (Robles, Mercado, Ramos, Alcántara y Moreno, 1995; Robles, Mercado, Chávez, Ramos y Alcántara, 1993; Robles y Mercado, 1993).

Los trabajos antes citados retoman tanto técnicas cualitativas como cuantitativas. Estas investigaciones reconstruyen el proceso de la enfermedad de las persona con diabetes. Sin embargo, los estudios sobre población en riesgo en México aún es incipiente, entre ellos encontramos el de Rivera, (2004), acerca de las creencias de la población sobre la diabetes tipo 2; este trabajo se realizó con

población menor de 40 años, trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Hermosillo. Los participantes de este estudio tienen antecedentes hereditarios de esta enfermedad. Dentro de sus hallazgos se identificaron las creencias con relación a las causas de la enfermedad, entre ellas señalan al susto, otro dato relevante asociado a la diabetes es la creencia que existe entre el desarrollo de la enfermedad y su relación con la edad, es decir, la diabetes es una enfermedad de personas mayores.

Entre los estudios que abordan las barreras que existen en el control de la enfermedad en personas con diabetes en México, encontramos los de García de Alba y Salcedo (2002), quienes analizaron el dominio cultural de las personas con diabetes tipo 2, y mencionan que el modelo biomédico no parece tener algún tipo de impacto en la construcción o dominio cultural de las causas de la diabetes.

Desde la mirada de la propia persona con diabetes, Barragán (2004), explora en su estudio cualitativo, la construcción de los hechos que forman parte de los acuerdos relacionados a las prácticas de auto-atención en los grupos de ayuda de un centro de salud de la ciudad de Hermosillo. El objetivo de este trabajo fue conocer las estrategias que utilizan los participantes para sobrellevar la enfermedad y lograr un balance entre las recomendaciones médicas y las necesidades y gustos personales que enfrentan en la vida cotidiana. Los hallazgos sugieren que los participantes de los grupos de ayuda han desarrollado habilidades para seleccionar las recomendaciones médicas de aquéllos aspectos que consideran adecuados para lograr un equilibrio en la vida cotidiana.

Otro estudio de corte cualitativo y de interés para este trabajo por compartir la teoría de representaciones sociales como marco conceptual, fue el trabajo de Torres (2004). Con relación a la representación social de las causas de la diabetes los participantes señalan al derrame de la bilis y la hepatitis como enfermedades causante de la diabetes. De acuerdo con Torres, desde el enfoque de las representaciones esto tiene que ver con la función de integrar conocimientos

nuevos a los ya existentes. La idea de la asociación de una enfermedad nueva con otra ya conocida, se construye por la cercanía, en la ubicación de los órganos internos como el hígado, vesícula y páncreas.

Por su parte, Albarrán (2001) explora las barreras y facilitadores que participan en el control de la diabetes. El objetivo de este estudio fue identificar los hábitos alimenticios de las personas con diabetes y sus familiares cercanos. En la primera evaluación se identificaron los factores de riesgo. Asimismo se diseñó e implementó un programa de intervención basado en la orientación alimentaria, en el cual se informó a los participantes sobre el riesgo principalmente de la dieta. Una de las estrategias que se utilizó fue la planeación de grupos de discusión. Los resultados en estos grupos sugieren que existen factores ambientales y de personalidad que actúan como barreras en el cambio dietario.

1. 4 Pregunta general de investigación

Muchos de los estudios sobre diabetes mellitus tipo 2 abordan los procesos de la enfermedad y de la atención (Robles y Mercado, 1993; Albarrán, 2001; García de Alba y Salcedo, 2002; Torres, 2004). Pero son menos los que analizan a la población joven que está en riesgo de enfermarse ya sea por antecedente genético o por prácticas que favorecen el sedentarismo y una mala alimentación.

Una de las principales características asociadas a la presencia de la enfermedad, son el sobrepeso u obesidad, junto con el sedentarismo, estrés y factor hereditario. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud (2003), existe una relación directa entre el incremento de la población con sobrepeso u obesidad y la edad. Sin embargo, el 33.3 % de las personas menores de 29 años tiene sobrepeso.

Gil y Celerino, (1997), apoyan la utilidad de contemplar la convivencia con el enfermo y su impacto en las prácticas de salud del resto de los integrantes de la familia. Los resultados de este estudio señalan la evidencia entre la influencia de la convivencia con la enfermedad y los cambios de conocimiento en relación a la dieta. En su trabajo de corte cuantitativo realizado con 76 jóvenes de 25 años o mayores, encontraron que una mayor convivencia con el familiar diabético incrementa el conocimiento sobre una dieta adecuada.

Por otra parte, Pittman (1999) en su trabajo sobre calidad en la atención y género, señala que la representación de la enfermedad en el caso de la hipertensión y diabetes es distinta entre hombre y mujeres. A partir de la lectura del trabajo de Pittman, definimos que otra de las características a considerar en el análisis de la información sería el impacto de los procesos de socialización de género en la construcción de las representaciones. Lamas (1996: 248), refiere al género como *un conjunto de ideas, prescripciones y valoraciones sociales sobre lo masculino y lo femenino*.

A partir de los estudios de Gil y Celerino (1997) y Pittman (1999), nos planteamos el siguiente supuesto. En la figura 1 mostramos la relación de ideas que guiaron este estudio.

- Las diferencia en las nociones sobre diabetes en general y auto-cuidado en particular varía respecto a la experiencia familiar de la enfermedad y la construcción social de lo masculino y lo femenino.

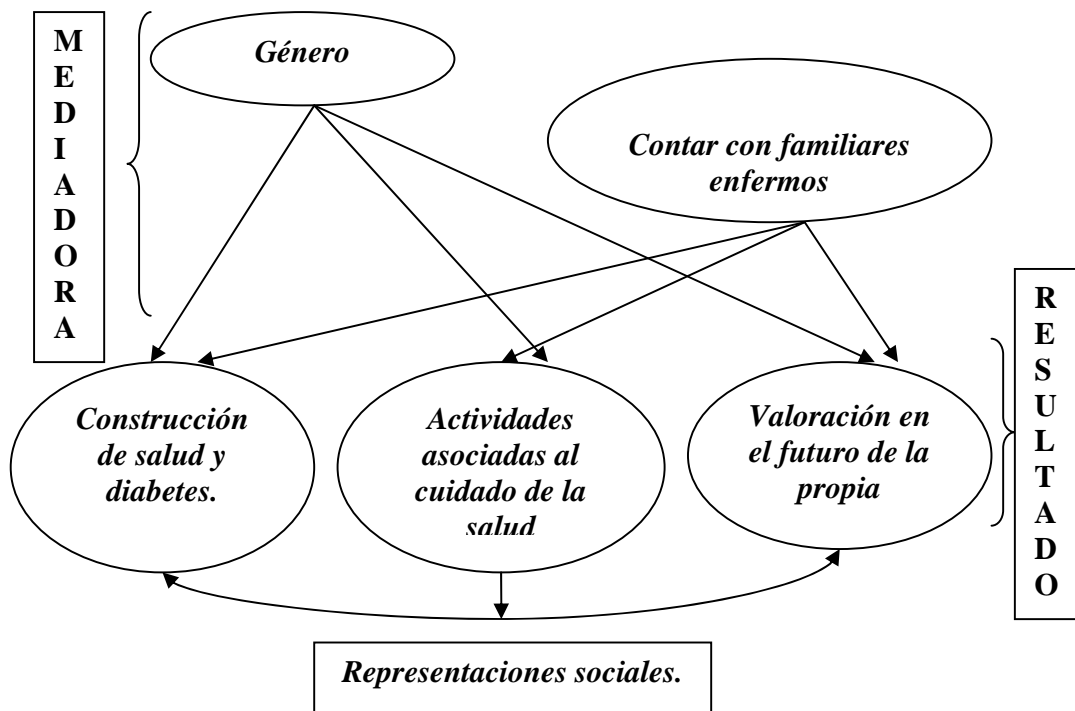


Figura 1. Relación de características mediadoras en la construcción de las representaciones asociadas al cuidado de la salud.

Para guiarnos a partir del supuesto antes mencionado, nos planteamos como objetivo general, aproximarnos a las representaciones que los jóvenes menores de 29 años construyen para explicar los cuidados de la propia salud, cuando esta se relaciona a la prevención de padecimientos crónico-degenerativo, específicamente a la diabetes. En el caso de las representaciones del autocuidado de los universitarios, nos interesa explorar cómo la experiencia de la enfermedad de los padres y la interpretación de la misma, puede definir la construcción de la propia salud y/o enfermedad, y cómo las representaciones en el cuidado de la salud se acercan o difieren de los jóvenes que no tienen contacto con las personas diabéticas. Asimismo, cómo los procesos de socialización del rol masculino o femenino participan en la construcción de la representación del autocuidado.

De manera específica describiremos las nociones sobre auto-cuidado en lo particular, y salud y diabetes en general. Además compararemos los contenidos de los temas centrales para este estudio de acuerdo a dos criterios; la experiencia de convivir con el familiar diabético y la socialización de los roles masculino y femenino.

Este trabajo es un acercamiento a las representaciones sociales del cuidado de la salud de jóvenes universitarios, en el cual exploramos y comparamos las nociones sobre el auto-cuidado de hombres y mujeres universitari@s, con y sin antecedente familiar de la enfermedad, además de las concepciones sobre salud, en general. De manera específica, buscamos aportar a la discusión y la investigación sobre diabetes en torno a las respuestas de las siguientes preguntas de investigación:

- a) ¿Cuáles son las nociones sobre el auto-cuidado, salud y diabetes, de jóvenes universitarios?
- b) ¿Cuáles son las variantes que podemos encontrar en estas concepciones, en relación con la experiencia familiar de la enfermedad y la construcción social de lo femenino y lo masculino?

2. CUIDANDO NUESTRA SALUD: REPRESENTACIONES SOCIALES Y AUTO-CUIDADO.

2.1 Comprendiendo el cuidado de la salud desde la teoría de las representaciones sociales.

La psicología social retoma de Durkheim el concepto de representación colectiva y lo profundiza en la teoría de Moscovici. Otros antecedentes han sido las concepciones sobre el conocimiento de los *procesos cognitivos superiores* de Wundt; el estudio del *lenguaje e imágenes como elementos simbólicos* propuestos por Mead; el supuesto de Mauss sobre el *surgimiento de nuevas representaciones* a partir de conceptos, categorías, prácticas tradicionales, sentimientos colectivos, así como la idea del *carácter constructivo del conocimiento en la vida cotidiana* de Berger y Luckman. (Torres, 2004: 26-27)

El análisis de las representaciones sociales en el ámbito del cuidado de la salud desde el trabajo de Moscovici presenta un marco conceptual útil para entender los diversos significados asociados a la comprensión y expresión de la enfermedad. Esta forma de pensar y crear la realidad social está constituida por elementos de carácter simbólico. Las representaciones sociales no sólo son formas de adquirir y reproducir el conocimiento, sino que da sentido a la realidad. (Alvaro, 2004).

La manera en que las personas se apropian del conocimiento físico y social y lo convierten en un conocimiento del sentido común, comprensibles que permite entender los procesos que viven se denomina naturalización del conocimiento, mismo que nombra como representaciones sociales y lo define como *la modalidad del conocimiento, cuya tarea es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre las personas. Es decir, una representación es el proceso por el cual las personas hacen comprensible el mundo físico y social.* (Moscovici, 1979; citado en Mora, 2002: 7).

La psicología social ha trabajado por más de 20 años este concepto. Para este estudio retomamos la propuesta de representaciones sociales de Denisse Jodelet, quien define a este término *como fenómenos que se presentan en formas variadas, y con distintas forma de complejidad. Las representaciones son Imágenes que concentran un conjunto de significados; son sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que sucede. Son categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con los que tenemos algo que ver; las representaciones nos permiten establecer hechos entre ellos. De acuerdo con Jodelet estas representaciones nos sitúan en el punto donde se encuentra lo psicológico y lo social. (Jodelet, 1988: 472-473).*

Palmonari refiere al sentido común como la forma en que las personas se apropian de la vida cotidiana, a lo que Moscovici nombraría como naturalización. Este conocimiento tiene sentido a través de la comunicación. Es decir, *el sentido común es un cuerpo de conocimientos que se construye a partir de las tradiciones socializadas y es facilitada por la observación y la experiencia corregida por la práctica. (Palmonari, 1998 citado en Torres, 2004: 31).*

Maria Banchs señala que la representación tiene una doble función, una de contenido y la otra de proceso. Finalmente define a *las representaciones como una forma de reconstrucción mental de la realidad y este se hace a través del intercambio de información entre los sujetos. (Banchs, 1982, citada en Mora, 2002:7).*

Di Giacomo (1987), resalta la función reguladora de las representaciones en los comportamientos tanto en el interior como fuera de los grupos. Páez (1987), por su parte analiza las representaciones como una expresión del pensamiento natural no institucionalizado ni formalizado. Autores como Acosta y Uribe (s. f), señalan el doble papel que juega la representación, una como *la actividad de reproducción de las características de un objeto*, como la reconstrucción mental y por otro lado como *una forma de pensamiento social que estructura la*

comunicación y las acciones de los miembros de un grupo. (Citados en Mora, 2002: 8)

Páez (1987), señala varias características de las representaciones, de acuerdo a las funciones que cumple como formador de pensamiento natural, ó a lo que Moscovici nombró como naturalización del pensamiento. (Citado en Mora, 2002: 8):

- a) *Privilegiar, seleccionar y retener hechos relevantes de los discursos ideológicos referentes a la relación del sujeto en interacción;*
- b) *Desarticular este conjunto de rasgos en categorías simples, con la finalidad de naturalizar y objetivizar los conceptos del discurso ideológico referente al sujeto en grupo;*
- c) *Construir un mini-modelo que permite explicar y evaluar el entorno a partir del discurso ideológico que comparte el individuo y por último;*
- d) *La representación reconstruye y reproduce la realidad, dándole un sentido. Además de procurar una guía operacional para la vida social, que permita la solución de problemas y conflictos.*

Palmonari (1988), citando el trabajo de Moscovici señala que no podemos elaborar una representación de todo objeto. Para elaborar una idea o imagen de un objeto este debe presentar tres características. *La primera se refiere al criterio de cuantificación, es decir, que toda información u objeto debe ser significativo para la colectividad. La segunda es el criterio de producción, esto es, que exista información suficiente respecto al objeto, aun cuando esta sea contradictoria. El tercer es el criterio de funcionalidad, y se refiere a la posición que toman las personas respecto a la información o al objeto.* (Citado en Torres, 1999: 33).

Para Moscovici (1979), las representaciones sociales se construyen a través de las condiciones en que son pensadas y elaboradas, en un primer momento se da *la dispersión de la información*, la cual está desorganizada y es insuficiente. Posteriormente se presentan dos procesos más, *la focalización y la presión a la inferencia*, ambas características relacionadas al individuo como ser social dentro de una estructura. *La focalización es el proceso en el cual la persona o colectividad se concentra porque están implicadas en la interacción social.* Banchs (1984 Y 1990), y Herzlich (1979), definen este proceso en términos de *implicación o atractivo social de acuerdo a los intereses particulares que se mueven dentro del individuo adscrito a su grupo de pertenencia.* (Citados en Mora, 2002: 8-9).

Un último proceso al cual Moscovici (1979), nombra presión a la inferencia del objeto, *es aquí donde se da una presión que reclama opiniones, posturas y acciones acerca de los hechos que se centran por el interés público.* Es necesario mencionar que estos tres procesos permiten la construcción de la representación social. (Citados en Mora, 2002: 8-9).

Además de estos existen otros elementos que participan en la formación de una representación. Moscovici distingue la objetivación y el anclaje como procesos básicos que explica la interacción de lo social y el conocimiento en la construcción de la representación, es decir, el autor explica como lo social transforma un conocimiento en representación compartida por el grupo y como esta misma modifica lo social. En otras palabras, *la objetivación traslada la ciencia al dominio del ser y el anclaje, es el instrumento para interpretar la realidad y el actuar.* Además, permite vincular a la representación social y el marco de referencia del grupo, es decir la interpretación del objeto de representación dentro del sistema preexistente del pensamiento. (Moscovici, 1979, citado en Mora, 2002: 12).

En el caso de las representaciones sobre auto-cuidado y diabetes, la objetivación se interpreta como el proceso, en el cual los jóvenes seleccionan la información o experiencia a partir de su marco de referencia, se apropian de los elementos o características del objeto que tiene sentido para ellos, es decir, el joven elige aquéllas características de la enfermedad, en este caso la diabetes y del cuidado de la salud que son significativas para su marco referencial, dan forma y sentido a la terminología y actividades asociadas al auto-cuidado hasta formar una imagen o concepto concreto. Por otra parte, *el proceso de anclaje tiene la función de modelar el campo de acción de las representaciones dentro de las colectividades* (Moscovici 1979, citado en Mora, 2002: 12), es decir, el contenido de las representaciones que los jóvenes construyen respecto a la diabetes y al auto-cuidado estará inscrito dentro de la ideología de un grupo.

Para analizar la manera en la que una representación se va construyendo se deben identificar tres dimensiones de acuerdo con Moscovici (1979, citado en Mora, 2002; 10): *La información, el campo de representación y la actitud.*

Moscovici define a *la dimensión de la información como la organización o suma de conocimiento con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social.* Nos interesa conocer lo que sabe el joven sobre la diabetes, sus causas, complicaciones y tratamientos. Una segunda dimensión es *el campo de representación, el cual nos permite visualizar el carácter del contenido de forma jerarquizada, las propiedades cualitativas o imaginativas, en un campo que integra informaciones en un nuevo nivel de organización en relación a sus fuentes inmediatas* Podemos entender esta dimensión como la selección de nuevos elementos que guardan una relevancia para las personas, es decir, los jóvenes seleccionan y ordenan nueva información sobre diabetes que tiene un significado relevante para él. Una última dimensión es *la actitud, en la cual las personas toman posición a favor o en contra del objeto.* (Citado en Mora, 2002; 10).

Desde la Antropología Social, Menéndez (1997), señala que las personas necesitan entender, explicar y manejar los procesos que los afectan o interfieren en su vida cotidiana. Por ello, la enfermedad constituye uno de los principales fenómenos de construcción de significados colectivos. En este sentido, para Menéndez el proceso de salud–enfermedad-atención puede ser analizado desde la óptica de las representaciones sociales. (Citado en Torres, 2004: 33).

Torres (2004: 20), menciona que las vivencias de una enfermedad, en este caso la diabetes y la conceptualización de la propia salud y/o enfermedad, influyen en la manera en que serán interpretadas las sensaciones y los cambios de la misma, así como los significados y potencialidades corporales de las personas diabéticas, es decir, la manera en la cual los diabéticos interpretan y le dan significado a la enfermedad, define la forma en la cual las personas toman una postura ante el padecimiento, en el sentido de cómo la diabetes debe ser controlada y atendida.

Asimismo señala que las representaciones de una enfermedad crónica además de la información sobre las concepciones compartidas que define el enfermarse y atender a la enfermedad, nos sugiere cómo estas representaciones se construyen y re-definen a partir de las vivencias personales y observadas de otros enfermos, de los mismos familiares, personal de salud y de las instituciones. (Torres, 2004).

Para Moscovici (1980), existen dos tipos de creencias, que nombra como creencias resistibles. Este tipo de *creencias son la respuesta a estímulos sociales las cuales posteriormente son abandonadas por el sentido común y re-elaboradas en una nueva representación*. Por otra parte *las creencias irresistibles, a las cuales, no podemos abandonar, son ilusiones preceptuales que están fuera de nuestro razonamiento, por eso las ideas, memorias, o rituales*. Torres retoma los conceptos de creencias resistibles e irresistibles para señalar como estas creencias vendrán a construir las representaciones de la diabetes. (Citado en Torres, 2004: 30).

Es necesario ubicar las representaciones en el contexto social en el que se desarrollan, en este sentido Pierret (1993), señala que las personas han adquirido una nueva conciencia en relación a la salud, misma que tiene influencia en la adopción de nuevos estilos de vida y otras conductas asociada a la salud. El mismo Pierret y Herzlich (1988) mencionan que las experiencias individuales de la salud y enfermedad y la manera en como estas concepciones se construyen son procesos que se elaboran dentro de fenómenos macro-sociales. (Citados en Torres, 1999: 18). Las ideas que se elaboran alrededor del auto-cuidado y la diabetes forman parte de las concepciones que el grupo de referencia utiliza.

Para este estudio definimos a la representación social, como el proceso en el cual las personas se apropian y construyen un concepto, una imagen, un juicio sobre algún objeto, persona o evento. A partir del reconocimiento y dominio de las características que resultan significativas para ellos. Significativa no sólo en término de relevancia para la vida de esa persona sino retomando elementos que dan sentido a una serie de códigos, símbolos y significados dentro de un grupo. Es decir, es un ejercicio de traducción que guía nuestras acciones, la representación permite la comprensión y apropiación de los elementos, eventos y personas que tienen una función en la vida cotidiana.

2. 1. 1. Estudios sobre Representaciones sociales de las enfermedades crónicas en México.

Entre las investigaciones realizadas en nuestro país, Torres (2004), analizó las representaciones sociales de la diabetes en los pobladores de un barrio de la ciudad de Guadalajara. El objetivo de este estudio consistió en analizar las representaciones sobre diabetes de los enfermos crónicos, con la finalidad de identificar diferencias respecto al género y al rol que este implica. Los hallazgos señalan que las representaciones sociales de la causalidad entre hombres y mujeres, tiene que ver con las condiciones de vida de las personas afectadas. Torres menciona, que los hombres destacan los aspectos de la vida social, sobre

todo, aquellos relacionados al trabajo y a las situaciones inesperadas que ocurren en la vida pública. En general perciben más los efectos de la diabetes. En cambio las mujeres, la causalidad de la enfermedad se asocia más con la vida doméstica, con su entorno familiar y con los problemas propios de ese medio. Resaltan la parte física y emocional. (Torres, 2004: 150-151).

Otros hallazgos señalan que las representaciones sobre el futuro muestran una variedad de concepciones. De acuerdo con Torres, las mujeres tienen una visión más negativa de la enfermedad, en cambio los hombres destacan más una visión positiva que incluye la imagen de la lucha activa contra la enfermedad por medio de los cuidados y la ayuda de Dios. (Torres, 2004: 151)

En relación con las explicaciones asociadas a la causalidad de la enfermedad, Torres analizó la diferenciación en los discursos entre hombres y mujeres asociados a la explicación de la causas. Mientras los hombres refieren que el origen de sus problemas de salud se encuentra vinculado a los accidentes o con acontecimientos imprevistos en su trabajo, las mujeres interpretan las causas de su enfermedad a los problemas emocionales como corajes, preocupaciones, impresiones y a las relaciones familiares. Otros hallazgos presentados en este estudio son las explicaciones asociadas a las ideas sobre la enfermedad. (Torres, 2004: 151)

Campos, Torrez y Afganis (2002: 1275) realizaron un estudio en la ciudad de México con personas mayores de 60 años con problemas de artritis, diabetes e hipertensión. Se les preguntó sobre los antecedentes, causas, síntomas y tratamientos de su padecimiento. Los autores señalan que las características asociadas a los padecimientos antes mencionados están relacionadas con el contexto social en que vive cada uno de los enfermos. De manera que se mantienen explicaciones populares sobre la causalidad y se establecen prácticas de atención que combinan los tratamientos biomédicos con la herbolaria.

Asimismo, sugieren que las personas han recibido las explicaciones médicas sobre la enfermedad, sin embargo no existe una idea clara de cómo estas actúan. Así, relacionan a la diabetes con “el azúcar en la sangre” y “la falta de insulina”, “la diabetes todo lo destruye”, “es una enfermedad horrible”. Los síntomas que describen las personas se ajustan a los cuadros clínicos de cada enfermedad, aunque consideran que las molestias se incrementan con los problemas particulares de cada persona, donde nuevamente el contexto social se considera muy importante. (Campos, Torrez y Arganis, 2002: 1276)

2.2 Auto - cuidado

Cabe mencionar que en este estudio retomamos la propuesta de Haro (2000), como referente de las prácticas que utilizan los jóvenes en el cuidado de su salud. Para ello incluimos algunos elementos que nos permitieron reconstruir las nociones que los jóvenes tienen con relación al cuidado de su propia salud.

Para Haro el *cuidado lego* de la salud incluyen acciones que se desarrollan en las prácticas tradicionales, además integran conocimientos y métodos médicos que las personas han retomado a través del contacto con el personal sanitario. (Haro, 2000: 117).

Las definiciones de Haro provienen de su discusión con las propuestas de la Antropología Médica, específicamente las que Eduardo Menéndez (1992: 155), realiza en un análisis de los distintos medios y métodos para la atención y cuidado de la salud y propone tres modelos, entre los que se encuentra el de auto-atención, es decir, aquel que se implementa desde unidades domésticas. La premisa fundamental de la auto-atención de la enfermedad se refiere en términos teóricos a *la actividad desarrollada en el grupo familiar, llamado primario y no a la actividad curativa de forma individual*. De las acciones relacionadas a los procesos de salud que integran la auto-atención *se encuentra la alimentación, limpieza e higiene, curación y prevención de daños y problemas*.

La dimensión de atención a la salud a que hace referencia Menéndez toma en cuenta las prácticas terapéuticas que las personas desarrollan en casa y a los elementos culturales que utilizan para poner en función prácticas sanitarias que no forman parte de la medicina profesional, estas medidas van desde el auto-cuidado hasta conductas protectoras de salud (auto-atención). (Menéndez, 1992).

Menéndez describe que las prácticas de auto-atención son ejercidas de manera informal en el ámbito doméstico, y el manejo y control de la enfermedad están influenciadas por el marco socio-cultural con el que interactúan. Las actividades que están suscritas ya sea de manera directa o indirecta es la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstica- familiar. En relación al proceso salud-enfermedad dichas actividades integran la alimentación, limpieza- higiene, curación y prevención de enfermedades, de daños y problemas. También hace referencia a las actividades de auto-medicación. (Menéndez, 1992: 154-155)

Haro (2000:101), señala que estas actividades inician con el auto-cuidado, que se ponen de manifiesto en las rutinas y hábitos cotidianos, los ritmos de trabajo, tiempo de esparcimiento o descanso, y en el fortalecimiento de las redes sociales. También las actividades de auto-atención que se ponen en práctica cuando está presente la enfermedad.

Es necesario hacer la distinción entre auto-cuidado y el de auto-atención. En relación al primer concepto, Haro describe a este como *las prácticas centradas en aspectos preventivos o de promoción a la salud, que generalmente están presentes de forma cotidiana*. Asimismo señala que estas prácticas son generadas dentro del grupo doméstico o de forma individual. En cambio *la auto-atención, se utiliza para referirse a las prácticas asociadas a la presencia de la enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento*. Esta actividad tiende a activar respuestas colectivas, de esta forma servirán para identificar las redes sociales y al propio grupo doméstico que se inscribe a las prácticas de auto-atención. (Haro, 2000; 114).

Haro señala que las actividades de auto-cuidado y auto-atención pueden considerarse endógenas, *por ser respuestas del conjunto social, que se desarrollan y activan a partir de las representaciones, conocimientos y prácticas generadas para el cuidado de la salud, en el cual los sistemas o práctica médica no intervienen.* (Haro, 2000: 118).

Por su parte, De Roux señala tres premisas socio-culturales vinculadas a la auto-atención. La primera sugiere que el comportamiento del enfermo en términos de salud-enfermedad está influenciado por el conocimiento y las representaciones sociales del cual aprenden significados y símbolos. De estos atributos surgen supersticiones y mitos alrededor del cuidado de la salud. La segunda se refiere a los comportamientos nocivos que tienen las personas sanas, en otras palabras, existe una incongruencia entre lo que saben y ponen en práctica. La última premisa de esta propuesta es la socialización estereotipada en el cuidado en relación al género, que señala que a partir de la división sexual del trabajo y la ubicación social de hombres y mujeres han surgido diversas formas de cuidado a lo largo del ciclo de la vida. En este sentido la responsabilidad del cuidado de la salud de la familia ha recaído en la mujer (De Roux, 1994, citado en Barragán, 2004: 57-59).

Por auto-cuidado entendemos, a todas las actividades instrumentales que se presentan de forma cotidiana, que van desde la higiene personal, la adopción de hábitos alimenticios saludables, la inclusión de la actividad física, la revisión y uso de tecnología para el diagnóstico de posibles enfermedades. Todas estas acciones dirigidas a la prevención de la enfermedad.

De esta forma integradora e interpretativa de conocimientos y experiencia, las personas dan sentido a la información recibida. Estas representaciones de la enfermedad, así como las nociones sobre auto-cuidado de la salud son el marco

que permitirá conocer desde la perspectiva de los jóvenes, las experiencias en el cuidado de su propia salud.

3. MÉTODO: ABORDANDO SIGNIFICADOS.

Nuestro abordaje coincide con Torres (1999: 20 -21, 55-56), quien señala que conocer las representaciones de la enfermedad crónica implica considerar los aspectos subjetivos y el significado que las personas dan a la enfermedad. La metodología que utilizaron en esta investigación fue cualitativa. La información se obtuvo de entrevistas semi-estructuradas, entre otras técnicas, como observación participante y censos.

Este trabajo es un estudio exploratorio sobre los aspectos subjetivos de los jóvenes universitarios que viven la enfermedad de algunos de los integrantes de su familia, sean estos padres o abuelos diabéticos, porque consideramos que dichas experiencias participan en las nociones que los participantes construyen sobre su salud. También nos interesa comparar las concepciones de los universitarios con esta vivencia de aquéllos jóvenes que no tienen antecedente familiar de la diabetes mellitus. Asimismo estudiaremos las ideas sobre la enfermedad y las prácticas de cuidado de la salud.

En los trabajos sobre representaciones sociales recomiendan que las técnicas que se mejor se apegan a la descripción de los significados que las personas tienen sobre un objeto o sujeto son aquéllas que recogen el mundo simbólico de las personas. (Moscovici, 1963, citado en Mora, 2002). También señala que los sondeos no son la mejor técnica para explorar la transformación del conocimiento científico o tecnológico al sentido común. De la misma forma Taylor y Bogdan, (1996: 16), coinciden con Moscovici, al sugerir que *la comprensión de las contradicciones que cubren a la ideología y significados construidos en la conversión de la información puede ser recolectada a través de técnicas como la observación participante, entrevistas en profundidad, análisis de lenguaje entre otras*. La metodología cualitativa es esencial para la comprensión de lo que la gente dice y hace.

Este proyecto es un primer acercamiento a los discursos que están vinculados a las nociones del auto-cuidado de hombres y mujeres, inscritos a las carreras de psicología, Ingeniería civil e industrial de la Universidad de Sonora. Principalmente nos enfocamos a explorar mediante entrevistas semi-estructuradas las ideas asociadas a la alimentación y actividad física, así como temas relacionados a la construcción de salud y diabetes.

3. 1 Técnicas utilizadas.

En una primera etapa de la investigación, utilizamos la técnica de entrevistas grupales, de los contenidos que tratamos en estas reuniones nos permitió elaborar y discutir las preguntas de la guía para los encuentros individuales. La entrevista semi-estructurada fue la técnica principal para recabar información en este proyecto.

Se optó por entrevistas semi-estructuradas, por la flexibilidad de este instrumento para explorar aspectos simbólicos asociados a las nociones del auto-cuidado. Esta técnica facilita la expresión de opiniones, creencias, descripción de ejemplos y sentimientos. Utilizar las entrevistas nos permitió acercarnos a las ideas de los participantes sobre un tema en particular, que en esta investigación se refiere al cuidado de la salud y la diabetes.

Con la finalidad de contextualizar las dimensiones de este estudio, llevamos a cabo entrevistas a distintos funcionarios claves, donde abordamos temas como la promoción de estilos de vida saludables, acciones llevadas a cabo en la detección de la diabetes, descripción de las dinámicas relacionadas al tiempo de permanencia de los jóvenes dentro de la universidad. Para ello concertamos citas con los coordinadores de los programas de Psicología e Ingeniería Civil, por un lado. También realizamos visitas a la encargada del programa de Salud y al médico responsable de la consulta externa. De la misma forma observamos algunas prácticas de alimentación y recreación en los pasillos de la escuela de

Psicología e Ingeniería Civil. Estos registros iniciaron del día 2 al 4 de junio y en una segunda visita los días 6, 12 y 17 de junio. En promedio observamos 6 horas diarias, alternando las visitas tanto en turno matutino como vespertino. Además realizamos visitas al comedor universitario y puestos de comida circundantes a las escuelas antes mencionadas.

3. 2 Población de estudio.

Elegimos a la Universidad de Sonora por ser una de las instituciones con mayor matrícula en el Estado, sólo en el semestre 2002—2 el número de inscritos en la unidad de Hermosillo fue de 17, 831 alumnos. (Encargada de la Dirección de Planeación de la Universidad de Sonora, 2005). Asimismo, en los últimos años, se agregaron nuevos programas, con la finalidad de crear una cultura del cuidado de la salud, en la cual se promueve la adopción de estilo de vida saludable entre los jóvenes universitarios. La incorporación de la materia de deporte en algunos planes de estudio y la planeación de los programas de la Dirección General de Servicios Estudiantiles. Por lo anterior, seleccionamos a los estudiantes de la universidad de Sonora para participar en esta investigación.

En este trabajo utilizamos una muestra intencional-no probabilística, en su variante sujeto- tipo con el objetivo de elegir a los estudiantes de la Universidad de Sonora que cumplieron con las características definidas para este estudio: **contar o no con el familiar diabético** y por otro lado, el **género**. En el apartado 3. 2. 1, página 29 señalamos el número y características de los participantes. De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2000: 227-228) este tipo de muestreo es el que mejor se apega a los estudios exploratorios de corte cualitativo, en el cual se busca la profundidad y la riqueza de información y no la cantidad y estandarización.

De los 89 jóvenes que dieron su consentimiento inicial para participar en este proyecto, el 55.1% de los participantes (n = 49) son mujeres y el 44.9% (n = 40) hombres. La finalidad de este proceso fue el identificar a personas que

podieran participar en las entrevistas grupales y seleccionar las características de los informantes claves.

La mayoría de los informantes se encuentra entre los 18 y los 21 años. El porcentaje para cada una de estas edades fue de 21.3% (n = 19). En contraste los grupos de edad con menor porcentaje fueron los de 22 y 25 años, estos representan el 3.4% (n = 3) de todos los participantes.

En relación a la participación de los jóvenes de las distintas licenciaturas, el mayor número de estudiantes corresponde a la escuela de Psicología, con un 47.2% (n = 42), seguido de Ingeniería Civil, con el 41.6% (n = 37), ingeniería Química con el 7.9% (n = 7) y en menor porcentaje las escuelas de ingeniería industrial y administración pública, con el 2.2% (n = 2) y el 1.1% (n = 1) respectivamente.

Respecto al semestre que cursan, el 56.2% (n = 50) de los participantes corresponde al segundo, seguido los de octavo con el 20.2% (n = 18), en tercer lugar lo representan los jóvenes del cuarto semestre con el 12.4% (n = 11), en menor porcentaje, sexto y décimo, con el 7.9% (n = 7) y el 3.4% (n = 3) respectivamente.

En relación al número de participantes con antecedente familiar de diabetes, el 38.2% (n = 34) respondió que ninguno de sus familiares directo padece esta enfermedad. En contraste el 25.8% (n = 23) identificaron a la abuela, mientras que el 19.1% (n = 17) señalaron al padre. En menor proporción se ubica a la madre y abuelo, con el 11.2% (n = 10) y el 3.4% (n = 3) respectivamente. Finalmente el 2.2% (n = 2) de los jóvenes señalan a ambos, padre y madre con diabetes.

De los 89 jóvenes participantes el 70.8% (n = 63) vive con sus padres versus el 29.2% (n = 26) que son estudiantes foráneos.

En relación al porcentaje de padres o abuelos con alguna complicación. El 79.8% (n = 71) de los familiares directo no han desarrollado complicación alguna. En contraste el 14.6% (n = 13) señalaron algún tipo. En menor porcentaje se ubican los jóvenes que desconocen algún problema severo ocasionado por la diabetes, el 5.6% (n = 5) señalo desconocer alguna complicación. Estos porcentajes se obtuvieron del reporte verbal de los jóvenes. Toda la información fue capturada en el paquete estadístico SPSS, versión 10.

3. 2. 1 Características de los informantes.

De la base de datos de 89 jóvenes que consintieron participar en la investigación elegimos a 8 informantes, hombres y mujeres de distintas licenciaturas que cumplieron con los criterios que describimos en la tabla 3:

Tabla 3. Criterios de inclusión y número total de informantes.

	<i>Antecedente familiar</i>	<i>No antecedente familiar</i>
Mujeres	2	2
Hombres	2	2
Total	4	4

En total se realizamos 16 encuentros de aproximadamente una hora de duración. En su mayoría, los informantes de este estudio están inscritos a la licenciatura de psicología e ingeniería civil.

Los primeros encuentros los realizamos en la Biblioteca Central de la Universidad de Sonora, excepto una de ellos, lo llevamos a cabo en el domicilio de la informante. El segundo encuentro con el resto de los participantes los realizamos en distintos espacios de la Universidad de Sonora y sus alrededores.

De todos los participantes obtuvimos el consentimiento informado por escrito para ser entrevistados. Los nombres de los informantes fueron cambiados para conservar su anonimato.

3. 3 Análisis.

La información que obtuvimos de los encuentros con los jóvenes se clasificó a partir de tres elementos: el primero de ellos, al cual llamaremos **contextual**, engloba temas asociados a la descripción que los mismos jóvenes hacen de sus actividades dentro y fuera del ámbito académico, asimismo preguntamos sobre las barreras sociales vinculadas al cuidado de la alimentación y la actividad física. Otras características que consideramos que participan en la formación de estilos de vida saludables fueron los programas institucionales dirigidos a jóvenes, en término de infraestructura empleada para a la promoción de una cultura deportiva y alimenticia. También incluimos cuestiones como la organización y carga académica; un segundo elemento fueron los **temas centrales**, en esta sección analizamos y comparamos las nociones vinculadas al auto-cuidado. Finalmente mencionamos un componente que describe los relatos sobre las acciones que se llevan acabo para el cuidado de la salud, a éste último lo llamaremos **representaciones de las prácticas**. En la tabla 3 señalamos las categorías que conforman los tres elementos antes mencionados.

Tabla 3. Categorías construidas para el análisis de los discursos sobre las nociones del auto-cuidado.

Contextual	Temas centrales	Representaciones de las prácticas
<ul style="list-style-type: none"> • Un día cotidiano: entre quehaceres, rutinas y diversión. • Estrés y control de las emociones. • UNISON: infraestructura, currícula y servicios a estudiantes. • Cuidando la alimentación y lo que se dice de ello. • Cuidando la actividad física y lo que se dice de ello. • Cuidar la salud: información, testimonios y programas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Construyendo lo saludable. • Lo que hay que hacer para estar sano. • Salud y género. • Conviviendo con la enfermedad. • Construyendo la actividad física. • Construyendo una alimentación saludable. • Describiendo la diabetes. • ¿Diabetes a la vuelta de la esquina?: jóvenes y enfermedades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad física. • Actividad física y amigos. • Festejos y alimentación.

Cabe señalar que no consideramos la perspectiva de género en un sentido estricto para el análisis de la información, pues partimos de la propuesta de las representaciones sociales para identificar y describir las ideas, imágenes, conceptos asociadas a la construcción del proceso del cuidado de la salud.

. Cabe señalar que las transcripciones de las entrevistas individuales y las entrevistas a funcionarios, contamos con el apoyo de una persona. Una vez que finalizamos el trabajo de transcripción corroboramos la coherencia entre los contenidos del texto y las grabaciones. Posteriormente los archivos los transferimos al programa NVIVO, versión 2.0 para su análisis.

4. JÓVENES: NOCIONES Y CONCEPCIONES DEL AUTO-CUIDADO Y DIABETES.

Con relación a los participantes es necesario señalar que la experiencia con la enfermedad varía entre los jóvenes que tiene antecedente de la misma. La información que a continuación presentamos es un primer acercamiento a las nociones del auto-cuidado, asimismo presentamos fragmentos de las entrevistas que reflejan estas ideas. Cabe señalar que solo mostramos parte de estos contenidos. Para conocer más sobre las ideas y concepciones que los participantes utilizaron para referirse a los temas centrales de este estudio, consultar el apartado de anexos.

Para contextualizar parte de los discursos recabados sobre las barreras y facilitadores institucionales tomaremos fragmentos de las entrevistas a los encargados del programa de salud y a los coordinadores de las escuelas de psicología e ingeniería civil. Además reseñaremos partes de los programas institucionales publicados en el sitio oficial de la Universidad de Sonora (Universidad de Sonora, 2005).

4.1 UNISON: programas institucionales y currícula.

La Universidad de Sonora a partir de agosto del 2004 integró formalmente las materias de deporte y cultura curricular como parte de la formación de las licenciaturas en psicología, sociología, ciencias de la comunicación, derecho, trabajo social, contaduría, administración, economía, ingeniería civil, ingeniería en minas, ingeniería industrial y de sistemas, ingeniería en químico-biólogo, agronomía, geología y la licenciatura en la enseñanza del idioma inglés. (Universidad de Sonora, 2005).

Las materias entraron en vigor en el segundo semestre del 2004 como parte del Plan de Desarrollo Institucional 2001-2004 de la Universidad de Sonora. Una de las estrategias para la implementación de este plan fue el diseño del programa de apoyo a la formación del estudiante, bajo el supuesto de ofrecer apoyo e impulsar la práctica del deporte entre los jóvenes universitarios y contribuir al desarrollo de sus potencialidades físicas. (Deporte estudiantil de la Universidad de Sonora, 2005)

Con estas actividades se busca la formación integral del estudiante, para lo cual la universidad implementó programas educativos y de salud. La inclusión de estos programas a la nueva currícula radica en la eliminación de las barreras que dificultan el desempeño del joven en sus actividades académicas bajo el supuesto de la necesidad de solucionar la pobre cultura de deporte y los pocos hábitos saludables de los estudiantes. (Deporte estudiantil de la Universidad de Sonora, 2005).

A inicios del 2004, el plan para el desarrollo del deporte, inició con un programa piloto dirigido a 300 alumnos de las escuelas de enfermería, químico biólogo, medicina y agricultura. En esa ocasión sólo se ofrecieron clases de ejercicios aeróbicos, acondicionamiento físico y defensa personal en tres sesiones a la semana con duración de una hora durante dos meses. En el semestre de agosto del 2004 a enero del 2005, entró en vigor el Programa General de Actividad Física Curricular. (Deporte estudiantil de la Universidad de Sonora, 2005).

El carácter de la materia de deporte o arte es obligatorio y lo cursan únicamente los alumnos de primer ingreso. Este curso se ofrece y puede tomarse en cualquier semestre, y es opcional para los estudiantes, el tomar la clase de arte o de deporte. La forma de acreditación es “aprobado”, “no aprobado”, en este sentido el desempeño no tiene ningún impacto en el promedio general. Si el alumno por alguna razón en particular no acredita esta asignatura repetirá el curso hasta que sea acreditado. El valor curricular de la materia es de cuatro créditos y

se cursa durante dos semestres. (Deporte estudiantil de la Universidad de Sonora, 2005).

Existen dos modalidades de participación: a) clubes deportivos (con valor curricular de dos créditos). El alumno que elige esta modalidad acudirá dos semestres algún deporte, con la finalidad de acumular cuatro créditos. Las actividades que se ofertan en los clubes deportivos son: acondicionamiento físico, karate do, sóftbol, fútbol soccer, acondicionamiento físico con pesas, gimnasia, tae kwon do, béisbol, básquetbol, y fútbol rápido. Otra modalidad es la participación en equipos deportivos, los alumnos que pertenecen a los grupos representativos de la universidad obtienen los cuatro créditos y entre otros beneficios reciben una beca. (Deporte Estudiantil de la Universidad de Sonora, 2005).

La universidad cuenta con otros programas dirigidos a la formación integral de los estudiantes universitarios. Uno de ellos es el de salud. En mayo de 1994 inició el Programa de Orientación a la salud, en el cual se ofrecen pláticas sobre diversos tópicos, tiempo después se incluyeron dentro de las actividades la afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social. En el año 2003 se creó la Dirección General de Servicio Estudiantiles (DISE), que tiene a su cargo los programas de tutorías, becas, emprendedores universitarios, bolsa de trabajo, servicios psicopedagógico, servicio social, apoyo al proceso educativo, creación estudiantil y el programa de salud. (DISE, Universidad de Sonora, 2005).

Otro de los servicios que ofrece el programa de salud es la consulta externa con médicos generales de la Secretaría de Salud, cabe señalar que este servicio se estableció desde 1994, y en el año 2003, se incluyeron los servicios de odontología y nutrición. Todos estos programas son gratuitos, para acceder a ellos solo es necesario presentar la credencial de estudiante vigente. A continuación presentamos una descripción de los servicios ofrecidos por el programa de salud;

- Incorporación de los estudiantes al servicio médico del Instituto Mexicano del Seguro Social.

- Consultorio médico-odontológico; los especialistas valoran el estado de salud de los estudiantes universitarios, así como la detección oportuna de enfermedades. Respecto a los servicios de odontología se ofrecen limpiezas, amalgamas y extracciones. En general brindan consultas y análisis clínicos.
- Otro de los programas llevados a cabo es la orientación a la salud. En estas campañas se fomentan cambios en los estilos de vida, y las acciones que se llevan a cabo son conferencias, charlas, mesas redondas y talleres.

Con la finalidad de brindar un espacio en el cual se promocióne servicios de diversas instituciones de salud, la Universidad de Sonora organiza desde el 2003 la Feria de la Salud, en la cual se integra un programa de actividades que ofrece a los estudiantes información sobre sexualidad, diabetes, depresión, cáncer de mama y cervico-uterino. Uno de los objetivos a alcanzar entre los universitarios es la formación de una cultura para la salud. La difusión de información para el autocuidado es una de las estrategias que utilizan. (Encargada del Servicio de Salud, 2005)

También se orienta sobre los beneficios a los que tiene derecho la población estudiantil. Durante ellos, los universitarios pueden realizarse diversos exámenes, como detecciones de diabetes, hipertensión y colesterol, tipeo de sangre, exámenes visuales, papanicolau, exploración mamaria y aplicación de diversas vacunas. Además se entregan pases para mamografías, así como información y orientación sobre diversos temas relacionados con la salud. Las instituciones públicas y privadas que participan en esta feria cuentan con un espacio en el cual promocionan sus servicios. (Encargada del Servicio de Salud, 2005)

4. 2 Informantes.

La descripción de los participantes que a continuación presentamos se hará de acuerdo al siguiente orden: en primer lugar señalaremos a los jóvenes sin antecedente familiar directo, y finalmente a los hijos y nietos de diabéticos. En la tabla 5 mostramos las características de los informantes: cuatro hombres y cuatro mujeres con edades entre 19 y 25 años, cuatro de ellos de segundo semestre y los restantes de cuarto y octavo.

Tabla 5. Características de los informantes, entrevista semi-estructurada.

	Nombre	Edad	Escuela	Semestre	Familiar con DM
	Azucena	25 años.	Psicología	Octavo.	
	Dinora	20 años.	Psicología	Sexto.	
	Fabricio	18 años.	Ing. Industrial	Segundo.	
	Santiago	19 años.	Ing. Civil	Segundo.	
	Cristina	20 años.	Psicología	Cuarto.	X
	Carmen	19 años.	Ing. Civil	Segundo.	X
	Miguel	24 años.	Ing. Civil	Octavo.	X
	Franco	19 años.	Ing. Industrial	Segundo.	X

a) Informantes sin antecedente directo de la diabetes:

Azucena es la única informante foránea, es originaria de Sahuaripa, Sonora. Ninguno de sus familiares directo es diabético. Sin embargo ha observado la enfermedad de un vecino de su pueblo natal. Azucena es la mayor de tres hijos, actualmente vive sola en la ciudad de Hermosillo. Su padre murió en un accidente, él era el principal proveedor económico de la familia.

Dinora es la segunda de tres hijos. Su padre es propietario de una funeraria. Además es empleado del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vive en la colonia Balderrama, cercana al Centro Avanzado de Atención Primaria a la

Salud (CAAPS), de la Secretaría de Salud. Su colonia cuenta con todos los servicios básicos, así como pavimentación.

Fabricio es el menor de cinco hijos, su responsabilidad en términos de aporte económico es nula, principalmente se mantiene del ingreso de los padres, ambos obreros, y del aporte de los hermanos. Fabricio vive en la colonia Apache, al sur de la ciudad, cercano a la clínica de la Secretaría de Salud Emiliano Zapata, a la cual acuden sus padres. Esta colonia cuenta con los servicios básicos, sin embargo no todas las calles están pavimentadas. Fabricio está inscrito al nuevo plan de estudio, tomó la clase de deporte, específicamente la clase de acondicionamiento físico.

Santiago es el mayor de cinco hijos. Actualmente vive con sus padres, quienes se dedican al comercio. Los gastos del hogar son solventados por las ganancias de una tortillería, un taller de costura. Así como de varios locales de renta. Este informante es responsable de algunas actividades para niños y adolescentes de una comunidad religiosa. Vive en la colonia Ley 57, cerca del Hospital Infantil y el Hospital de la Mujer, su barrio cuenta con los principales servicios básicos, así como pavimentación. Santiago es otro de los informantes inscrito al nuevo plan de estudio. Sin embargo hasta el momento no ha tomado ninguna clase de deporte.

c) Jóvenes con antecedente familiar:

Cristina es la menor de cinco hijos y es la responsable del cuidado de la salud de los padres. Una de sus tareas consiste en la supervisión de las comidas, medicamentos y citas con el médico. Actualmente vive con sus padres y dos hermanos. El aporte económico para el mantenimiento y solvencia de los gastos en el hogar son la pensión del padre y el apoyo de algunos hermanos. Cristina vive en la colonia La Manga, ubicada en la salida a Bahía de Kino, la mayoría de las calles no están pavimentadas. Sin embargo cuentan con los servicios básicos de

alumbrado, agua entubada y drenaje. No hay ningún Centro de Salud o clínica del Seguro Social cercana a esta zona.

Carmen, al igual que Franco es nieta de diabética, cuidó de su abuela paterna cuando fue hospitalizada. Es la hija mayor de tres hijos y vive junto a su madre y dos hermanos en la casa de sus abuelos maternos, quienes son los principales encargados de aportar el dinero a casa. Su domicilio se ubica en la colonia Centro, cerca del centro de salud Dr. Domingo Olivares de la Secretaría de Salud. Carmen tomó la clase de karate como parte del nuevo plan de estudio de su licenciatura.

Miguel es el único de los participantes de complexión robusta. Es el menor de siete hijos. Su padre murió de un infarto fulminante, en ese momento tenía entre 14 y 15 años y posteriormente tuvo conocimiento de la diabetes de su padre. Actualmente vive con su mamá, abuela y un hermano. El sustento principal es el ingreso de la madre, quién trabaja como maestra en una escuela privada. Miguel vive en la colonia Periodista, su domicilio se ubica cerca de varias clínicas y hospitales del IMSS e ISSSTE. Esta colonia cuenta con todos los servicios básicos, así como pavimentación en todas las calles y avenidas.

Franco de 19 años, señaló que su abuela fue diagnosticada con diabetes y le ha acompañado al hospital en varias ocasiones cuando se ha presentado alguna complicación. Es el hijo mayor de cuatro hermanos, sus padres son fotógrafos y los únicos que aportan dinero a casa. Vive cerca del centro de la ciudad, a unos cinco minutos de la Universidad de Sonora y de la clínica número 37 del Seguro Social, y del Hospital General del Estado. Su casa se ubica en la colonia Las Minutas. Cabe señalar que Franco ingresó con el nuevo plan de estudios y hasta el momento de la entrevista no ha tomado ninguna de las clases de deporte.

Cabe señalar que algunos participantes pertenecen al viejo plan de estudio, tal es el caso de Dinora, Azucena, Cristina y Marco no están obligados a tomar la clase de deporte.

4.3 Construyendo lo saludable.



“Pues yo tengo un amigo en la carrera que sí va al gimnasio pero yo creo que no come sanamente, hay veces que hace muchos ejercicios y pesas, y yo digo que no come bien por lo mismo, nadie cumple así totalmente, puede ser que yo también.”

Miguel, 24 años.

En este apartado, nos acercamos a la reconstrucción de una visión normativa de lo que es necesario para estar saludable, las respuestas reflejan un primer nivel de lo que se considera que “debe ser”, en este sentido, los discursos de los informantes sugieren elementos que nos permiten describir, en un primer acercamiento, una visión generalizada de la construcción de lo saludable como una función aritmética, en la cual se suman elementos favorables para el funcionamiento del cuerpo y suprimen aquéllos dañinos. Los participantes refieren a este concepto en términos de lo que consideran necesario para estar completamente saludable y hacen mención del resultado de las actividades asociadas al cuidado de la salud, entre las cuales están presentes la actividad física, el consumo de alimentos saludables y la eliminación de ciertos hábitos, como el consumo de alcohol y tabaco. Dos participantes del género femenino incluyeron la asesoría y revisión médica.

“Comer bien, una dieta balanceada, hacer ejercicio no digo que exagerado pero si para mantenerse, no estar encima del peso o abajo del peso, no fumar, tomar pero con moderación, ir con el médico y hacerse examen de mama, de Papanicolau, todas esas

cosas, si es mujer, no, y si es hombre irse a hacer revisiones, no sé.”

Azucena, 25 años.

Por otra parte, Cristina explica la necesidad de la supervisión médica en actividades vinculadas al cuidado de la salud. En otras palabras, el reconocimiento por parte de Cristina sobre el uso del consejo médico ya sea para evitar alguna complicación o prevención de alguna enfermedad.

“Si tiene que ser, muchas veces, como yo, yo estoy respondiendo a esta entrevista en base a lo que yo creo, muchas veces podemos pensar que así son las cosas y en realidad no las estamos haciendo bien, no hay como ir de la mano de un especialista, un doctor, que diga, ¡no!, mira lo que esta haciendo está mal, tu necesitas consumir más esto que esto en base a una enfermedad que tenga, o en base a la edad que tenga, o si eres un hombre o eres una mujer. No son los mismo requerimientos para una u otra persona, entonces si tenemos que chocarnos. Muchas veces tener una dieta para algo, no sabemos que enfermedad podemos tener, sino checarnos, que nos haga daño, el hecho de estarnos cuidando nos haga más daño que nos esté beneficiando.”

Cristina, 19 años.

Cabe señalar que existe una idea compartida por los informantes respecto a la evidencia sobre factores de riesgo y la prevención de la diabetes. Los jóvenes mencionaron al ejercicio físico y el consumo de una alimentación balanceada como actividades asociadas al cuidado de la salud. Ambas acciones son vistas de forma complementaria y la relación que se puede dar entre ellos sugiere un carácter indispensable, es decir, los beneficios del ejercicio se observan sólo si se tiene cuidado en los alimentos que consumimos:

“Pues de hecho lo vas a resentir, ¿me entiendes?, el, el, el hacer ejercicio y no estar bien alimentado lo vas a resentir, no vas a poder hacer ¿no?, porque no te da abasto las energías, no. Luego te va a empezar a doler cosas, la cabeza y todo, por lo mismo pues, entonces, no se puede estar mucho tiempo no comiendo bien y haciendo ejercicio.”

Santiago, 19 años.

Para estar saludable, también señalaron el uso de medicamentos o remedios caseros cuando estos son necesarios, además señalaron los beneficios en los contenidos de nutrientes y minerales que provienen de ciertos vegetales y plantas

“Mi mamá come, pues tiene, tiene un friego de hierbas en la casa, tiene pastillas, tiene suplementos, ella sí es la que le entra a todo eso, y come quelites o puras cosas así porque tiene hierro, porque tiene esto, porque tiene lo otro, brócoli todo eso, ella sí se cuida bastante de, de la salud. “

Santiago, 19 años.

Otro componente que los participantes incluyen en la definición del término saludable fue la parte emocional y la mención de los efectos del estrés en la salud. Llama la atención que estas características sólo fueron mencionadas por participantes del género femenino:

“Una persona saludable es una persona que descansa sus horas, que come a sus horas, que tiene sus actividades todos los días, que no sufre demasiado estrés, que sabe controlar su tiempo de trabajo con la familia.”

Carmen, 19 años.

El estrés a que se encuentran sometidos como estudiantes universitarios, debido a la carga académica se considera que puede tener efectos negativos en la salud.

Otro elemento común en algunos de los discursos fue la idea sobre lo visible o perceptible como una características de lo saludable, es decir, las nociones asociadas a características externas, físicas, perceptibles relacionadas con el concepto de salud, *si me veo bien no estoy enfermo*. En otras palabras, la idea de la apariencia física sugiere una relación directa con una cierta ausencia de la enfermedad, que se caracteriza por ser delgado, no tener cierta tonalidad que se considera enfermedad, como es el color amarillento y la ausencia de síntomas:

“Por lo general sería una persona delgada, tiene un color de piel que no sea muy amarillo, se siente bien, no es una persona que se la pase, ¡ay! me duele la cabeza, me duele esto, me duele lo otro.”

Cristina, 19 años.

Hay una noción a la cual denominamos instrumental sobre salud, es decir lo que tenemos que hacer o no hacer para estar saludable. Además de la práctica física y la alimentación se mencionaron temas relacionados a la higiene en la preparación de los alimentos y personal, así como el consumo de alcohol y tabaco:

“Una persona saludable pues yo diría que, que tengan higiene en su persona, se baña a diario, se cuida los dientes, anda con cabello corto, las uñas limpias, rasurado, quizás algo en la forma de caminar, que tiene un peso bueno ideal a su estatura, así me imagino que es cuando está sano... () Pues aquella que anda bien en su peso, anda limpia, tiene una alimentación balanceada, hace ejercicio de perdida tres veces a la semana, tiene actividades, actividades, trabaja, anda bien en su persona, anda limpia, todo eso.”

Franco, 18 años.

“O sea, para mí una persona sana es una persona sin vicios sin, no sé, que se esté, coma bien, que haga ejercicio, que sea completamente limpia, cosas así, para mí eso es una persona sana”

Dinora, 20 años.

En los discursos sobre lo saludable encontramos elementos que sugieren un doble abordaje en la elaboración de lo saludable, por un lado, hacen mención del término completamente saludable, definido por los mismos participantes como las personas que realizan alguna actividad física, al mismo tiempo cuidan su alimentación y no consume alcohol o tabaco. Un segundo abordaje refiere a la idea sobre saludable cuando se emplea alguna de las acciones antes citadas, en otras palabras, una persona también puede ser considerada sana, de acuerdo a los participantes, cuando ésta cuida su alimentación, o sí sólo hace ejercicio o no bebe o fuma. Cabe señalar que esta última dimensión es valorizada de manera positiva, es decir, se define como saludable pero no completamente:

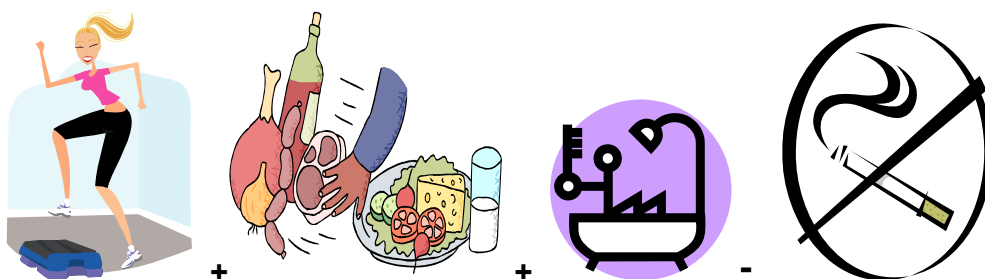
“¿Sanos a en mi casa?, todos son sanos, no puedo decir ¡uy!, que completamente sanos pero todos son sanos, en especial una de mis hermanas, bueno, mis dos hermanas, una de mis hermanas, este, es muy limitada con la comida por ejemplo, trata de comer lo más sano posible, frutas, verduras, siempre trae cosas nuevas... () o sea, sí es una persona muy saludable, casi nunca se enferma ella. Mi otra hermana también, mi otra hermana no es que haga ejercicio ni nada pero también con las comidas trata de hacer comidas balanceadas, ella ya está casada y tiene una niña, y también como que por la niña trata de hacer la comida... () de mis hermanos son desconsiderados con hacer ejercicio o con la comida, excepto uno de ellos que trata de repente se ve engordando y trata de no estar consumiendo muchas grasas, por ejemplo, los demás no, los demás a como sea.”

Cristina, 20 años.

El énfasis que los participantes ponen a las características instrumentales asociadas al cuidado de la salud se presentó de forma constante en los discursos de los jóvenes. En general definen lo saludable como todas las acciones enfocadas a mantener la salud, entre estas se encuentran la actividad física, la alimentación balanceada, la revisión médica, la eliminación del consumo de alcohol y tabaco. También se hizo mención de otros elementos como son la noción de lo saludable en términos de la ausencia de la enfermedad y del estrés, es decir, una persona sana está el mayor tiempo relajada.

Estas concepciones de lo saludable sugieren el deber ser que manejan los estudiantes, quienes cuentan con información sobre prácticas y estilos de vida saludable aun cuando no necesariamente las implementen.

4.4 Lo que hay que hacer para estar sano.



“Pues sí trato de, pues eso todo bañarme diario, rasurarme, limpiarme la uñas, lavarme los dientes, cambiarme de ropa, de todo, ropa limpia. “

Franco, 18 años.

En este apartado describiremos los discursos que los participantes señalan como actividades instrumentales en el cuidado de la salud. También identificamos otros factores reconocidos por los mismos participantes como situaciones que ayudan o facilitan las actividades de auto- cuidado.

En la población estudiada existe un consenso sobre la exclusividad de algunas actividades y su relación con el género. Es decir, la conceptualización de los participantes varones acerca del cuidado de la salud en términos de alimentación, como una actividad que sólo realizan las mujeres. Asimismo la idea sobre el cuidado de la salud de los hombres se asocia a la actividad física. La correspondencia entre estas ideas sobre la socialización de los roles de género y las actividades vinculadas al cuidado de la salud se mencionaron durante todo el discurso de los jóvenes; es decir, los hombres se perciben así mismos como personas que deben poner énfasis en la actividad física, en cambio las mujeres reconocen más el cuidado de la alimentación. La imagen que los hombres tienen sobre el control de la alimentación de las mujeres sugiere una imagen asociada a la idea de un cuerpo delgado. Por otro lado las mujeres señalan que los hombres realizan alguna actividad física porque tiene la fuerza y resistencia para hacerlo:

“Pero más mi hermana como mujer porque se cuida mucho y no sé que aunque si está delgada pero trata de comer bien, compra sus cereales, y mucha fruta come y en veces hace ejercicio.”

Franco, 18 años.

“Lo que puedo hacer la mayoría de las veces es desayunar, desayunar porque para mí el desayuno es lo más importante porque a veces que por x o por y razón no comes pues, que tienes que hacer otras cosas aquí en la escuela o algo, siempre procuro desayunar, la mayoría de las veces me toca ir a mi casa a comer y ya entre comer y regresar a la escuela hay veces que me pongo a descansar un poco.”

Carmen, 18 años.

El auto-cuidado puede ser parcial, algunos cuidan el alimento más no el ejercicio. Sólo dos participantes, ambos del sexo masculino, mencionan en su discurso el cuidado de la alimentación. Uno de ellos como parte de su práctica. Sin embargo, el reconocimiento de esta actividad como elemento compensatorio y justificante ante la ausencia de la actividad física y el consumo del alcohol y tabaco:

“Yo empecé a fumar como a los diecinueve años y a tomar también nunca había tomado ni fumado, si hacia mucho deporte ahora ya no hago, lo único es que como bien, como frutas, verduras así comida, casi no como papitas, casi no tomo soda, yo nomás en la alimentación me estoy cuidando, como mucha fruta, verduras.”

Miguel, 24 años.

Los hombres señalaron que el cuidado de la alimentación es una actividad femenina o relacionada con más edad:

“Eh, mi mamá si acaso, mi papá, ellos dos porque según ellos ya la, la experiencia le dice, se cuidan mucho en la alimentación, eh, que no quieren comer, tomar soda y no quieren que nosotros pero nomás, así nos hacen como comentarios no, ¡que no tomen soda porque les va a hacer daño!, y ya, eh, ellos sí ... () Mi papá pues le hace la lucha pero no, no es muy constante y nosotros no pues, nosotros no, nos vale gorro, mi hermana si acaso, no, no cena o algo así que y dizque se cuida de las grasas”

Santiago, 19 años.

El estar sano involucra a la actitud positiva que toman las personas, incluyendo el tener prácticas de auto-cuidado:

“Es una persona que trata igual de cuidar mucho su alimentación, hace ejercicio, igual es una persona positiva, no espera, cuando se llega a sentir mal, no espera hasta sentirse muy mal como otras personas para ir con el doctor, entonces, nunca deja que empeoren los problemas que ella tenga, y nomás.”

Cristina, 20 años.

Un elemento importante de la construcción de las actividades en el cuidado de la salud es la noción que sugiere que la juventud es fuente de salud y de recuperación rápida en edades menos avanzadas:

“Creo yo que es cuando ya llegas a la edad en donde todo te duele porque estás joven es más difícil que tengas enfermedades, te recuperas más rápido y etcétera, etcétera, o sea lo compensas más rápido, pero hay una edad donde empiezan los achaques de presión

alta o no sé, se te puede bajar la presión, o ya no te recuperas tan fácil y, por ejemplo de una cruda ya no es tan rápida la recuperación y ya le empiezas a bajar a bajar a bajar porque ya no te responde el organismo.”

Dinora, 20 años.

La experiencia de la enfermedad es reconocida como motivo para que se fomente el auto-cuidado, sobre todo cuando no hay gusto por el deporte:

“Darnos una buena enfermada por no cuidarnos nuestra salud, a penas así porque así con la advertencia no, por ejemplo ¿cómo le explicas a una persona que no hace ejercicio que debe de hacer aunque no le guste, que debe de hacer algo?, si no lo vive en carne propia los efecto de, por ejemplo, igual, si yo de repente cuando no hago mucho ejercicio por bastante tiempo que me, me fatigo muy rápido, que me duelen las rodillas, me duele entonces me digo ya necesito hacer ejercicio.”

Santiago, 19 años.

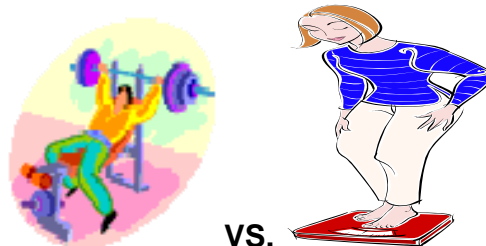
Al parecer en los hogares, la presencia materna tiene una función estratégica en el cuidado de la salud. La madre es la encargada de limitar y señalar los pasos a seguir en el cuidado de la salud:

“Yo creo que si yo no hubiera tenido problemas de salud no me cuido tanto, pues. Porque siempre nos han dicho que ya, cuando mi mamá a veces, por ejemplo estamos comiendo mucha carne o muchas tortillas, ella ¡empieza las dejo de comprar!, o le voy cambiando pero ya hasta que ella se da cuenta pero si yo no me hubiera dado, pasado algo por ejemplo no la cuidara tanto, no fuera por mí iniciativa el cuidar lo que como.”

Dinora, 20 años.

La relación entre género y algunas actividades, como el consumo de alimentos saludables y prácticas deportivas son las ideas que prevalecieron en las nociones sobre auto-cuidado. Los hombres mencionan en sus discursos el énfasis en la actividad física, en cambio las mujeres reconocen el cuidado de la alimentación. Asimismo señalan los vínculos entre edad y cuidado de la salud, y por otro lado, la asociación entre episodio de la enfermedad y acciones curativas y preventivas. Es decir, las personas empiezan a cuidarse cuando el cuerpo no tiene la misma capacidad de resistencia de los jóvenes o cuando han vivido una enfermedad. En otras palabras, los jóvenes sugieren que el auto-cuidado se activa a partir de la experiencia con algún episodio de la enfermedad y no con acciones que tenga como objetivo el evitarla. Desde la perspectiva de los participantes, la resistencia y fortaleza en la juventud sugiere una influencia en la valoración de lejanía de la enfermedad. La vulnerabilidad a la enfermedad es baja y el riesgo percibido es considerado lo suficiente lejano para preocuparse del auto-cuidado.

4. 5 Salud y género: diferencia en el cuidado de la salud entre hombres y mujeres.



“Yo creo que los hombres, porque la mujeres ahora les da por estar demasiado delgadas pero yo sé que no es saludable...”

Marco, 24 años.

En general identificamos una visión generalizada en las actividades asociadas al cuidado y género. Las mujeres se perciben así mismas más cuidadosas en su salud. Incluyen en sus discursos la alimentación y visitas al médico. Ellas consideran que los hombres son menos cuidadosos en torno a la alimentación y la búsqueda de atención médica, no así en la actividad física:

“¿Las mujeres?, en sus comidas, ¿no?, yendo al doctor, se me hace eso que van más que los hombres al doctor, mmm, no sé, en el ejercicio no creo... () En los hombres se me hace que son más dados hacer ejercicio, comen lo que sea y no van tanto con el médico.”

Azucena, 25 años.

En contraparte, los participantes varones visualizan de manera negativa a las acciones que las mujeres llevan acabo para el cuidado de la alimentación. Desde la mirada de los jóvenes de sexo masculino, las restricciones en el consumo de alimentos por parte de las mujeres son medidas estrictas que ponen en riesgo su salud.

Identificamos en el discurso de los participantes el reconocimiento de la diferenciación y socialización de roles de género. Estas acciones, de acuerdo a la descripción de algunas participantes se reflejan en la promoción que inicia en la etapa de la niñez de los varones, con acciones enfocadas a la participación en actividades que exigen algún gasto físico, como formar parte de un equipo deportivo. Por otra parte, señalaron algunas características asociadas al cuidado del cuerpo y su relación con el género femenino.

De acuerdo a las narraciones de los participantes, tanto hombres como mujeres, señalan algunas características asociadas al cuidado femenino del cuerpo, en el sentido de evitar la realización de actividades consideradas “rudas” o que exigen “mayor exposición al sol” ó a “temperaturas extremas”. Por el contrario, se considera que los hombres tienen mayor resistencia a las características ante citada:

“Como que los hombres siempre se las llevan así como que jugando cuando están chiquitos, o con sus amigos. Aquí en la escuela, participar en un equipo y las mujeres como que por el sol o por no estar corriendo pues... () Se me hace que los hombres son más resistentes, por ejemplo para estar en el sol, como que les gusta más, por ejemplo mi hermano yo he visto que, trabaja con un tío cerca de la casa, en su ratito con otro primo se pone hacer pesas, se me hace que, como que tiene mayor facilidad y más resistencia.”

Carmen, 18 años.

Las mujeres se reconocen así mismas como más cuidadosas en la alimentación, por otro lado señalan que los hombres enfatizan más en el ejercicio:

“Sabe como que se preocupan más por hacer ejercicio, es lo que me he dado cuenta, pero quién sabe si comen, es decir, a la mejor en esa parte sí como que las mujeres sí son las que se preocupan más

por comer a sus horas, para mí ¿no?, y los hombres como que se preocupan más por hacer un poco de ejercicio, jugar o estar en un equipo”

Carmen, 18 años.

La idea que los hombres tienen sobre el riesgo de ciertas prácticas alimenticias que las mujeres realizan concuerda con la visión del control en el consumo de alimentos como una estrategia vinculada a cuestiones estéticas. Al cuestionarles sobre quiénes cuidan mejor la salud, los hombres, excepto uno, no reconocen o describen algún tipo de actividad de auto-cuidado asociada a su mismo género; en general los discursos de los hombres se enfoca más a las actividades que las mujeres realizan para estar delgadas. Estrategias que los participantes varones consideran riesgosas para la salud:

“Yo creo que los hombres, porque la mujeres ahora les da por estar demasiado delgadas pero yo sé que no es saludable, por la misma ropa, en cuanto a la alimentación, no... () A que ahora más las mujeres, por ejemplo antes la mujeres era normales, ni muy gorda, o sea lo que era lo bello, ni muy gorda ni muy delgada, y ahora lo bello es que estén súper delgadas, ahora yo digo que en cuanto a su alimentación la mayoría no se cuidan bien por seguir la moda y todo eso... () En cuanto a fumar y beber yo digo que ya están igual hombres y mujeres.”

Miguel, 24 años.

La edad tiene un peso significativo en la noción del cuidado de la salud. Sólo un participante maneja la idea sobre la diferenciación del cuidado y género con elementos adicionales, como la edad y la presencia de la enfermedad. Aunque está presente la idea sobre imagen corporal y el ser mujer:

“Pues yo pienso que, que cuidarse, así cuidarse ya es cuando están más viejos sino que, como a los 36 algo así porque ya se estén, ya les entra algo que dicen, ¡ah!, ¡que ya estoy muy viejo!, o ¡me estoy poniendo bien gordo!, yo creo... () A los hombres cuando es más viejo, o sea, les da eso más viejo porque, ya más por la salud, porque el ataque, el ataque al corazón, todo eso pues se preocupa más, eso pienso yo, y pues las mujeres no, las mujeres desde, o sea, en la prepa ya están cuidándose todo por mantener la línea.”

Fabricio, 18 años.

Sólo una participante señaló la diferenciación en la visión a futuro del impacto del no cuidado, es decir, la valoración de las consecuencias en la salud a través del tiempo varía entre hombres y mujeres:

“Aquí es más bien como que a los hombres no les importa tanto, o por lo menos no parece que les importe tanto, por ejemplo mi hermano que vive en la casa yo lo regañé mucho por su manera de comer o por las cosas que consume y no les importa tanto, o sea, como que ven ellos más, se me hace a mí que los hombres ven las cosas más a lo cerquita, si se sienten mal ahorita sí te hacen caso, pero si no se sienten mal, que le hace que en unos años más estén enfermos de algo, y en cambio mis hermanas no, mis hermanas como que piensan más a futuro, como que se cuidan más pues no quieren enfermarse y ellos ¡ay! si no están enfermos está bien.”

Cristina, 20 años.

Asimismo identificamos en los discursos de los jóvenes la apropiación de la socialización y la diferenciación de roles de género, ya sea en la construcción de la imagen sobre ‘mujer y alimentación’ o ‘varón y actividad física’. Sin embargo observé sólo en el discurso de una participante la idea sobre socialización de roles como una limitante para el cuidado de la salud:

“Me he fijado últimamente con algunos sobrinos es muy diferente como tratan a las niñas, ahí sí me he fijado mucho de que a los niños les inculcan de que sí te meto a karate o te meto a hacer alguna actividad, como que más de hombre, te meten a fútbol, a básquetbol cosas así y a las niñas... () Por lo menos con mis sobrinas veo que si están corriendo o si están jugando con niños les dicen que, ¡ey no!, ¡eso no se hace!, o ¡tú eres niña tienes que estar!, que cuidarte así, que estarte quietecita... () no sé, siento como que dentro de nuestra cultura la actividad para mujeres son el tejer, coser, el cocinar, el estar así como que más reservada”

Dinora, 20 años.

Respecto a la idea sobre higiene personal y género, encontramos similitudes en la forma en la cual hombres y mujeres sugieren este vínculo en su noción de cuidado de la salud, es decir, la idea sobre la educación de la mujer en su higiene personal. Esta relación fue caracterizada por un participante, al identificar a la mujer más limpia por lo tanto más sana, por otro lado, Dinora hace la observación en la forma de educación de los niños de acuerdo a los roles de género, al señalar la participación limitada de la mujer en la práctica física o lúdica:

“Con los hombres que desde jóvenes siempre o no se bañan muy seguido o les huelen los pies o si tienen hongos, les vale y hasta que ya les duele entonces se cuidan, o si les duele algo hasta que les duele mucho van al médico, o cosas así, siendo que en mujeres sí veo mucho el cambio porque si, siempre las mamás como que tratan, ¡ay eres señorita te tienes que cuidar más!, siempre como que cuidan más a las niñas y las educan más, a ser más limpias, a que como tú eres la niña tú tienes que mantener limpio aquí, por eso creo que es muy diferente el cuidado de una mujer y de un hombre.”

Dinora, 25 años.

Este análisis permitió acercarnos a varios elementos que participan en la construcción de las actividades asociadas al auto-cuidado, entre ellos se encuentra la idea sobre el uso del consejo médico y el cuidado en el consumo de alimentos por parte de las mujeres. Otra característica citada fue la edad y su función en el cuidado de los varones. Por otro lado, el cuidado de las mujeres motivadas por la apariencia física. Respecto a la representación de los elementos que participan en el cuidado de la salud mencionaron a la valoración de las consecuencias de no cuidado a través del tiempo entre hombres y mujeres varía. Los participantes de en este trabajo aceptan la teoría sobre la educación que reciben las mujeres respecto a la higiene personal. En lo referente a las barreras o facilitadores existe una visión generalizada entre mujeres y la poca resistencia para la práctica física. Además de las consecuencias negativas del cansancio y dolor a corto plazo cuando se inicia alguna actividad física.

4. 6 Construyendo la actividad física.



*“Antes sí hacía mucho ejercicio, eso sí, antes sí hacía, no me mortificaba tanto el comer en la calle porque tenía una buena rutina de ejercicio”
Dinora, 20 años.*

Mostramos la diferencia entre los discursos de los dos géneros asociadas a la actividad física, mientras los hombres señalan al deporte como la actividad que ayuda a la purificación del organismo y al mejoramiento de la condición física, las mujeres señalan más a la práctica deportiva como una acción en la cual liberan estrés, De los cuatro participantes varones, sólo Santiago representa esa doble funcionalidad, es decir, la idea sobre rendimiento físico y la cualidad del ejercicio como una actividad liberadora de estrés:

“Debería de ser un hábito, debería de ser un hábito porque es muy bueno, te relaja, te desestresa y te ayuda a mantener tú condición y no achorarte (hacerse viejo más rápido), pero, pero... () Que luego no puedas hacer ni correr un tramito porque ya estás flaquito, entonces, eso, debería de ser lo ideal ¿no?, de perdida una hora diaria que se hiciera ejercicio.

Santiago, 19 años.

Poco se señala las cualidades de socialización y lúdicas del deporte como lo hace Cristina:

“Dice mi hermana que cuando hace ejercicio se desestresa, dice que elimina más estrés, que tiene otras actividades que hacer y no se enfoca tanto en los problemas que pueda tener, aparte ella siempre ha tendido a ser una persona como llenita y entonces ella trata de no

engordar más, también dice que le gusta, que es divertido, conoce gente.”

Cristina, 20 años.

La noción de la práctica deportiva como la actividad que ayuda a la purificación del cuerpo, además de la cualidad compensatoria de esta cuando no existen hábitos alimenticios saludables, reproducen la idea de la eliminación de toxinas por el sudor:

“Igual y te quita toda la, sudas mucho pues, más en este clima y te quita todo lo malo que traigas con respecto a toxinas lo que sea que te saque, eh, pero sí debería de ser un hábito.”

Santiago, 19 años.

La idea de que sí se hace ejercicio no es necesario cuidar la dieta también se encuentra en los discursos:

“Antes sí hacía mucho ejercicio, eso sí, antes sí hacía, no me mortificaba tanto el comer en la calle porque tenía una buena rutina de ejercicio”

Dinora, 20 años.

Sólo en el discurso de las mujeres logramos la visión negativa sobre la legitimidad de la práctica deportiva que realizan las personas. Aunque no existe un enjuiciamiento directo sobre la relación entre apariencia física y la actividad como una acción que sólo realizan los hombres, en el imaginario de una de las participantes. Frase como “lo hacen para conseguir novia”, sugiere este vínculo. Es decir, la idea del motivo por el cual los hombres realizan alguna práctica física se asocia a características que reflejan mejor apariencia física más que el interés por mantenerse saludable:

“Generalmente no es para eso, el que estén yendo, por lo menos es lo que yo digo, no es para: ¡ay yo quiero hacer esto! porque me siento mejor cuando voy al gimnasio o cuando hago eso, no, generalmente es para atraer la atención de alguien más... () Te digo sí se le pudiera llamar moda porque veo a los demás que están así y ¡ah! tú sabes quiero andar igual o quiero llamar la atención de fulanita o no sé, conseguir novia o algo así , y ya me pongo a hacer ejercicio para verme mejor y para que ellos me vean mejor, así es como yo lo considero.”

Dinora, 20 años.

“Dice la gente que hace mucho ejercicio que les gusta que se sienten bien, que más que nada por eso lo hacen por sentirse bien, y porque podrían, porque he visto que les gusta verse su cuerpo bonito pero según ellos o no sé, más que nada por eso.”

Azucena, 24 años.

El reconocimiento lúdico de la actividad física resultó un elemento detonante para la práctica para algunos informantes. Sólo dos participantes identificaron la idea del gusto y la diversión por el deporte como características necesarias para el inicio de cualquier práctica física:

“Que te agrada, que tenga una satisfacción el hacer eso, más que nada, porque si no atrae ninguna satisfacción el hacer ejercicio por ejemplo, simplemente dejas de hacer... () Un deporte, pues yo pienso que tiene que gustarles, si lo hacen es porque les gusta, por lo menos en lo que se refiere a mis amigos, ellos lo hacen porque les gusta.”

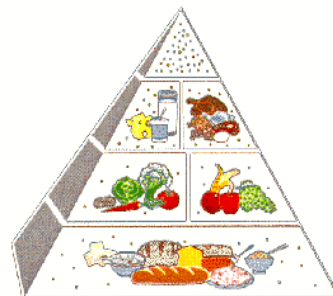
Dinora, 20 años.

“Yo me divierto y, no nada más cuando juego billar sino que antes cuando practicaba voleibol yo practicaba y me divertía, si no pura nada hago algo.”

Dinora, 20 años.

De los contenidos relacionados a las nociones de la actividad física nos acercamos a las siguientes ideas: la primera de ella se vincula a las características del ejercicio como una acción liberadora de estrés, por otro lado, hacen mención de la mejoría en la condición y purificación del organismo, además la cualidad compensatoria, es decir, tengo libertad de comer lo que desee, en las cantidades que quiera siempre y cuando realice algún ejercicio. Otro elemento citado fue la capacidad para socializar con otras personas. También señalaron las condiciones o facilitadores que posibilitan esta práctica, dentro de esto está el gusto o preferencia por algún deporte o ejercicio físico.

4.7 Construyendo la alimentación saludable.



“Todo, todo, todo le sirve al cuerpo pues, la mayoría de las cosas, pero no en exceso pues, una persona sana sí puede comer hamburguesa, tomar soda pero no en exceso pues.”

Franco, 19 años.

El análisis de esta sección partirá de la revisión de cuatro elementos a los cuales consideramos constituyentes en la construcción de la alimentación saludable: el primero de ellos refiere a la noción de la alimentación, seguido de la definición de dieta y cuidado de la salud, y finalmente la descripción de las comidas sanas y no sanas.

Identificamos diferencias respecto al género y antecedentes familiar de la diabetes. En general reconocimos una visión sobre el consumo de alimentos que pueden afectar la salud. Asimismo reconocimos en los discursos de todos los participantes la relación de carnes rojas y su efecto dañino.

Las ideas alrededor de la alimentación saludable giran sobre cantidad versus cualidad de los alimentos, es decir, podemos ingerir comidas con alto contenido de carbohidratos y grasas, siempre y cuando esto no sea un consumo frecuente. También identificamos ideas vinculadas a los alimentos procesados y/o poco naturales y su efecto negativo en la salud.

Respecto a la representación sobre comidas saludables, algunos participantes incluyeron la pirámide nutricional para citar los grupos de alimentos necesarios para el funcionamiento del organismo. En general existe la ideal del consumo balanceado entre todos los elementos que conforman esta pirámide sin que exista restricción de alguno de ellos:

“Yo pienso que sería comer igual de todo teniendo un balance entre comer lo que son cereales, comer, este, verdura, comer carne, pollo, tomar agua, sí, de todo, o sea, igual, enfocándose a la pirámide de los alimentos tomar un poco de todo.”

Cristina, 20 años.

“Pues que este balanceada, mucha verduras, que tenga, cómo se dice fibra, que tenga granos, que tenga arroz, todo eso, que tenga poca carne roja, que se enfoque más a pescados, pollo, carnes blancas, no... () Pues que incluya todo, pues yo estoy consciente que uno debe de comer de todo, tanto verduras, no quitar tampoco la carne, quizás una comida balanceada sobre todo sentirse bien.”

Miguel, 24 años.

Otra idea asociada a la noción de la cantidad versus la cualidad, es la explicación acerca de la necesidad del consumo de grasas para el organismo. Aunque existe un consenso en la reducción en el consumo de la misma y la utilización de ciertos aceites, en general identificamos la idea sobre lo indispensable que resulta la grasa para cumplir las funciones básicas del cuerpo, siempre y cuando este consumo no sea en grandes cantidades o de forma frecuente:

“También por una parte unas cosas a las que yo considero que hacen bien pero no en exceso, también lo pide, pues pide, también el dulce le hace bien pero no en exceso... () También pues que se regula la

comida chatarra con la comida del cuadro de alimentación, se regulan has de cuenta pero sí sin llegar a, es mejor que la comida del cuadro le gane a la chatarra, que la chatarra a la del cuadro porque si le gana la chatarra a la del cuadro pues estamos propensos a que se destruyan las defensas de todo y nos enfermamos de cualquier cosa, o algo así.

Franco, 18 años.

Respecto a la construcción del cuidado de la salud y dietas, los varones participantes relacionan a las mujeres y las dietas. Al cuestionarles sobre el cuidado de la salud y su relación con las dietas, la mayoría señaló a esta actividad como una acción exclusiva de las mujeres, en la cual identifican cierto factores de riesgo asociadas a la reducción de los alimentos, es decir, la dieta no está asociada con el cuidado de la salud, es una acción femenina que se vincula a la apariencia física:

“Una dieta es lo que consumes de alimentos ¿no?, pero sí, estar a dieta es más, yo lo, lo relaciono con, con las mujeres ¿no? que quieren adelgazar y, y o sea, y si están a dieta van a hacer lo que sea por adelgazar y pueden dejar de comer y comer pura lechuga algo así, y pues está mal, eso tiene que ir con otras cosas.”

Fabricio, 24 años.

En cambio, en la construcción de la dieta por parte de las mujeres existe el reconocimiento de la reducción de alimentos, con la diferencia que ésta reducción en el consumo de alimentos forma parte de una estrategia para cuidar la salud. Dentro de las acciones que se llevan acabo, está la eliminación de lo que ellas nombran alimentos chatarra, como frituras, pan, refrescos, picante, etc. Es decir, la idea de la dieta es el consumo moderado de los alimentos que implica acciones como la elaboración de comidas, es decir, la preparación de alimentos con poca grasa:

“Para mí estar a dieta es dejar de consumir cochinito, lo que se refiere a Sabritas, dulces de vez en cuando pero si estoy a dieta no me considero quitármelos, pero por ejemplo sodas y Sabritas sí me las quito al estar a dieta, pero por ejemplo tratar de no servirme dos veces, pero cuando estoy a dieta no, para mi dieta, no me quito la comida así exageradamente, en la comida como lo que hacen en mi casa, sería en la mañana desayunar algo por ejemplo yogurt con frutas, que me gusta desayunarlo y tratar de no cenar o cenar algo muy ligero y cenar temprano.”

Cristina, 20 años.

En relación a la caracterización de los alimentos saludables, se identificaron dos formas de construcción asociada a esto, una de ella relacionada a las características propias del objeto, es decir a las características de los alimentos, y la otra se relaciona al origen y forma de preparación. Esta última fue identificada por dos participantes de sexo masculino. En general reconocen como comida sana el consumo moderado de las carnes blancas y rojas, alimentos frescos, no enlatados, frutas y verduras:

“Fruta y verduras, caldos, los caldos son muy sanos, los caldos y los maizorros de dieta o, así pues, ensalada de, ensaladas, ensalada de verduras, cosas así... () “Pues sería ensalada, todo tipo de ensalada, pues comer frutas, porciones bien medida de pescado, consumir granos, arroz, frijol, todo eso.”

Franco, 18 años.

La idea sobre el tiempo en la elaboración de la comida puede ser un indicador de lo nutritivo, en otras palabras, comer algo saludable lleva tiempo en su elaboración. Además, mencionaron elementos como el origen y procesamiento de los ingredientes, es decir, si son de origen natural son más nutritivos:

“Son las que podrían estar, eh, pues que están más elaboradas, no que están en menos tiempo sino que están con muchos ingredientes, mmm, frutas, o digo, con verduras y carne blanca algo así porque la roja hace daño, y ya pues la mala sería cualquier cosa rápida, cualquier cosa, un pan, un dogo, o puede ser comida también muy preparada pero sin chiste, como, por ejemplo a mí se me hace sin chiste una sopa de coditos, algo así.”

Fabricio, 18 años.

“Lo que se hace con lo natural, o sea lo que te preparas tú no lo que ya te viene preparado, como es eh, el asar la carne, ya todo es relativo pues, porque le echan muchas cosas a los alimentos para que, es más sano que lo otro, eh.”

Santiago, 19 años.

Al igual que en el apartado sobre la caracterización de los alimentos saludables, identificamos en el discurso los grupos de alimentos considerados como poco saludables. En general mencionaron a los alimentos grasosos, los refrescos, frituras y la carne roja como nocivos para el organismo. Cabe señalar que la idea sobre cantidad versus cualidad todavía persiste, es decir se puede comer cosas grasosas, siempre y cuando no sea frecuente:

“Las sodas, las sodas principalmente... () El huevo no es muy bueno, no es bueno el huevo para, sí es, sí está en el cuadro pues pero no, el comer huevo a diario por ejemplo no es muy bueno tampoco, y la soda tampoco diario no es buena, para los que tienen antecedente de diabetes, la, sí la diabetes y el gastritis y esto de, de la soda, del dulce, chamoy, los ates, pues esos...”

Franco, 18 años.

En general los jóvenes que participaron en este estudio identificaron a los alimentos procesados, con altos contenidos de azúcar y grasas como pocos saludables. También señalaron otros elementos como el consumo en la calle y comida rápida. Otra característica que resalto en las descripciones de los participantes fue la idea sobre la aceptación de la ingesta balanceada de las grasas, proteínas y carbohidratos. Asimismo se presentó de forma generalizada entre los varones la idea sobre las dietas como una actividad en la cual se elimina o reduce el consumo de alimentos. “Estar a dieta” es una acción que sólo las mujeres realizan para cuidar la apariencia física.

4.8 Describiendo a la diabetes.



*“No sé si se puede evitar, pero sí controlar.”
Azucena, 25 años.*

En general la construcción de la diabetes es definida en términos de los cuidados que deben tenerse y de las complicaciones que surgirán si no se tiene control. Otros elementos que utilizaron fueron las causas y la presencia de otras enfermedades. Sólo dos participantes, hombre y mujer, ambos con antecedente, refirieron a la diabetes como el mal funcionamiento del órgano encargado de la producción de insulina. En todo momento en el cual platicamos sobre diabetes surgió el comentario del poco conocimiento de la enfermedad.

“Para mí, diabetes es una enfermedad pero que va progresando si no se cuida, que si puede ser progresiva, puede ser hereditaria o que tú misma la puedes provocar si no te cuidas también porque a veces la alimentación o tu ritmo de vida puede ser.”

Carmen, 18 años.

De las personas que describieron el proceso biológico de la diabetes, comentaron lo siguiente:

“La diabetes es una enfermedad en la que el hígado no está produciendo suficiente insulina como para metabolizar los azúcares que le entran al cuerpo.”

Cristina, 20 años.

“Pues según yo cuando no hay suficiente insulina y no descompone la azúcar algo así, no sé si la azúcar se eleva de más es lo que sé, y sé por ejemplo que las persona puede perder la vista y sé que muchas heridas no cicatrizan y se les infecta, que a muchos le llegan amputar la piernas, eso es lo que sé.”

Miguel, 24 años.

En comparación con las mujeres, los discursos de los participantes varones en la definición sobre la enfermedad relacionaron más esta con los términos azúcar en la sangre o problemas con la sangre. Sólo Cristina y Azucena hacen referencia a estos elementos:

“Que tiene muy alta la azúcar o muy baja, la azúcar en la sangre, es todo lo que yo me imagino.”

Azucena, 25 años.

“Pues tengo entendido que es azúcar en la sangre y se me figura como algo, algo que, que te debilita así que, que tiene otros, tiene otros, por ejemplo eso de la presión, alta y baja.”

Franco, 18 años.

El imaginario sobre las causas de la diabetes está construido en parte por la evidencia biomédica. Muchos de los participantes caracterizaron las causas de la diabetes por varios factores, entre ellos los ambientales y hereditarios, y un tercero, está asociado a procesos emocionales, como susto, alegrías, impresiones. Respecto a este último elemento Rivera (2004:77) encontró que los hijos de diabéticos tipo 2 presentaron mayor acuerdo en citar al susto como una de las causas de la diabetes. Sólo tres participantes, dos mujeres y un hombre mencionaron este factor como posible detonante de la enfermedad.

En general señalan acciones instrumentales como posibles causantes de la enfermedad. Dentro de estas citaron la nula actividad física y los malos hábitos alimenticios:

“Pues supongo que es más la alimentación también... () Pues yo digo que hay una predisposición hereditaria también, sobretodo la alimentación, en general los hábitos, tener malos hábitos... () Yo creo que los excesos, pues fumar y la herencia yo creo.”

Miguel, 24 años.

En las conversaciones sobre los hábitos o alimentos asociados a la presencia de la diabetes, identificamos nociones que sugieren un vínculo entre una alimentación alta en azúcares o carbohidratos y el desarrollo de la diabetes. Otros de los hallazgos en el estudio de Rivera (2004: 79) señalan que una de las creencias sobre las causas de la enfermedad, fue la asociación entre dietas que contienen azúcar y una mala alimentación:

“Pues tengo entendido que es un poco de predisposición hereditaria cosa que hasta ahorita creo que no la tengo, otro de los factores sería como que según yo te predispone un poquito el consumir mucho azúcar, o sea, mucho dulce que creo yo que eso es una predisposición muy fuerte que tengo yo, porque yo tengo que estar comiendo mucha azúcar.”

Dinora, 20 años.

El desarrollo de la enfermedad a partir de múltiples causas y la combinación de las mismas. En general los jóvenes mencionaron la participación de factores tanto ambientales, como hereditarios. Sólo tres participantes, dos mujeres y un hombre, señalaron tantos factores emocionales, ambientales y hereditarios:

“Pues hay unas importantes que es la genética, la predisposición, también es por no cuidar la alimentación, por no hacer ejercicio, demasiado consumo de grasas, no estoy segura pero dicen también que por, este, estados de ánimo, un susto, un gusto, de eso no estoy segura, lo he escuchado, nada más esas.”

Cristina, 20 años.

En el encuentro que sostuve con uno de los informantes surgió una duda, que dejó ver las ideas sobre las causas de la enfermedad en términos de un posible contagio sexual.

Las diversas fuentes de información de los estudiantes, como son la experiencia directa o indirecta de las complicaciones de la enfermedad, lo que escuchan por parte de sus familiares o conocidos sobre diabetes, el intercambio de información, mucha de ella biomédica son elementos fundamentales en la construcción de este padecimiento. Además de identificar en los discursos la caracterización de las complicaciones que la evidencia biomédica nos señala, existe una serie de ideas alrededor de la forma en que las personas explican las posibles consecuencias de la diabetes. Las nociones sobre las complicaciones citadas en este trabajo también fueron señaladas en la investigación de Torres (2004: 127). En su estudio los participantes reconocen a la gangrena, la ceguera y los problemas en la presión arterial como algunas de las consecuencias de la enfermedad:

“Pues a ver no sé si estaré bien pero un, un, por ejemplo el esposo de una señora de ahí de la iglesia, que tiene diabetes, no, no sé si estará bien lo que voy a decir... () También la presión y que andaba haciendo, orinaba sangre se me afigura, a lo mejor era otra cosa eso ¿no?”

Franco, 18 años.

Incluso entre los participantes que no tienen un familiar directo con diabetes, conocen experiencias de personas con complicaciones de la enfermedad:

“Yo he visto a personas que se quedan ciegas, que le corta una pierna, que le cortan el brazo. Incluso hace poquito se murió una vecina mía... () Y a un hijo de la señora también vi que, era flaquito, no, se le hinchó una pierna y le dijeron que tenía celulitis interna algo así, de lo mismo de la diabetes.”

Azucena, 25 años.

En otros casos, se evidencia el manejo de información sobre las complicaciones que la bibliografía biomédica nos ha descrito, como es la pérdida de visión, pérdida de algún miembro inferior y en casos más extremos la muerte:

“Empezó a cuidarse pero igual evolucionó su enfermedad al punto en que primero se le gangrenó un pie, digo un dedo, y luego se le fue a pierna, le amputaron su pierna, luego perdió la visión de un ojo y así se fue deteriorando hasta que se murió... () Lo que pasa cuando yo vi el deterioro de mi tío, eh, no cicatrizaba bien, llegó al punto de que no cicatrizaba bien entonces cualquier cortadita era algo grave y que teníamos que cuidar bien para que no fuera algo mayor.”

Dinora, 20 años.

4. 9 ¿Diabetes a la vuelta de la esquina?: jóvenes y enfermedades.



*“Pues más adelante, cuando toman mucho, pues a la mejor una enfermedad del estómago o el hígado”
Carmen, 18 años.*

La evaluación de la cercanía de la enfermedad está representada a partir de estos elementos; a) los instrumentales, como el consumo de grasas, azúcares, refrescos, entre otros, por otra parte la actividad física y el consumo de alcohol y tabaco; b) el factor hereditario; c) la parte emocional y d) el vínculo diabetes – edad. En general identificamos en los discursos la mezcla entre dos o más elementos. La relación más común fue el elemento hereditario e instrumental.

Por lo general existe la visión de lejanía de la enfermedad. Sin embargo identificamos en varios de los casos el reconocimiento sobre la posibilidad latente de la diabetes, sobre todo entre los que tienen familiares diabéticos.

Cabe señalar que en los dos encuentros con cada uno de los participantes preguntamos sobre la posibilidad de desarrollar esta enfermedad. Sólo un participante respondió de forma distinta en los dos encuentros, al referirse a estar activo como un factor protector, el ejercicio puede evitar la enfermedad:

“Pues la verdad yo creo que sí porque nosotros, de mi familia, mi nana por ejemplo, mi nana materna también tiene diabetes... () Sí mi nana materna pues yo digo que sí tengo riesgo de enfermarme.”

*Franco, 18 años.
(Primer encuentro).*

“Pues no creo porque, pues no. Siempre me la llevo activo pues, ando haciendo y deshaciendo, me la llevo en la bicicleta, aquí en el trabajo siempre ando bien movido y, y como de todo pues como, caldo, por ejemplo ayer comimos caldo de todo, caldo de hueso, así con, con verduras y arroz, pues, yo sí me considero que no pero sabe.”

*Franco, 18 años.
(Segundo encuentro).*

La contradicción entre los dos párrafos habla de la valoración de riesgo pero sobre todo de la controlabilidad de la enfermedad. En relación al elemento emocional sólo una participante identificó la posibilidad de enfermarse en cualquier momento si enfrenta alguna impresión fuerte, ante lo que se antepone el autocuidado como protector:

“Pues no llevo así una dieta así que pueda provocar que tenga diabetes pero a lo mejor un susto pues, o sea nadie, no estoy creyendo yo que no me vaya a dar pero a la mejor, a la mejor es más probable que no si me cuido mucho.”

Carmen, 18 años.

En general, los participantes de este estudio tienen una visión sobre la mezcla de varios elementos que intervienen en el desarrollo de la enfermedad. Ante la ausencia o puesta en marcha de varios elementos instrumentales, los participantes evalúan la lejanía o cercanía de la enfermedad, es decir, la posibilidad de enfermarme de diabetes es poca porque me alimento bien o realizo ejercicio:

“No, a lo mejor por falta de conocimiento pero, pero no... () Hago ejercicio y por eso. Y aunque no hago yo camino mucho de todas maneras, no, no me tiento el corazón para caminar... () Pues es que

en la familia no hemos sido, no somos diabéticos, entonces no considero que haya riesgo, tan así, tan así, no... () Porque tampoco tomamos soda ni nada de eso.”

Santiago, 19 años.

“A veces, a veces porque, hay veces que sí consumo demasiada azúcar, demasiado dulce y ahí sí, pero cuando me doy cuenta de que ya estoy comiendo mucho entonces bajo un poquito el comer tanta azúcar, fuera de ahí no, no mucho.”

Dinora, 20 años.

La edad es un factor relevante en la presencia de la enfermedad. En general existe una visión del joven saludable y/o afectado por otro tipo de enfermedades, como las infecto-contagiosas y asociadas a enfermedades gastro-intestinales. Pero esta descripción la haremos mas adelante:

“Pues, pues parientes no tengo con eso, si es que no estoy seguro de eso, pero ahora, en estos momentos no creo porque, digo porque esas enfermedades la asocio más con personas mayores, aunque sí he visto, como te digo, un niño que vi en la tele pero, pero se me hace muy raro y pienso que no... () Pienso que si hay posibilidad pero que tenga disponibilidad porque siempre he escuchado que a gente mayores pero no estoy seguro.”

Fabricio, 18 años.

Respecto al binomio jóvenes y diabetes existe una visión generalizada que sugiere la poca relación entre la edad y la presencia de la enfermedad. La presencia de la diabetes está asociada a la idea sobre la enfermedad que sólo padecen las personas mayores, “viejas”. Respecto al vinculo diabetes –edad, Rivera (2004: 78) encontró en su estudio que la aceptación por parte de los participantes a padecer esta enfermedad es poca. La asociación entre vejez y

diabetes también estuvo presente, por lo que la valoración de riesgo es baja desde su punto de vista:

“Sería más raro ¿qué no?, sería más raro que algún joven de mi edad tuviera diabetes, a mí se me hiciera raro... () Pues yo me imagino que personas mayores aunque sé que no necesariamente”

Franco, 18 años.

Sólo dos participantes reconocieron la posibilidad entre el vínculo juventud y diabetes. Como es el caso de Azucena, al preguntarle si ella piensa que a los jóvenes les puede desarrollar esta enfermedad, ella contestó: *“Si, hasta los niños.”*

Y Cristina:

“Sí, hay diabetes juvenil pero no tengo información de, de si les dio por esta edad, yo digo que sí porque sí me ha tocado conocer casos de gente que es más joven que yo o ahí más o menos lo mismo que yo y tiene diabetes.”

Cristina, 20 años

En relación a la caracterización de las enfermedades que afectan a los jóvenes, los participantes mencionaron algunas de ellas asociadas a los estilos de vida que adoptan como estudiantes. En general identificaron enfermedades vinculadas al estrés y a los hábitos de consumo de alimentos o alcohol:

“De, ¡Ay!, cómo se llama, de gastritis, muchas veces colitis, dolores de cabeza es muy común entre todos, enfermedades del estómago y qué más, yo creo que nada más son las más frecuentes que me ha tocado.”

Dinora, 20 años.

También mencionaron algunas enfermedades infecto – contagiosas. Sólo tres participantes citan algunas enfermedades crónicas, como cáncer, problemas cardiacos y cirrosis:

“Hipertensión, hipotensión, como yo... () Del corazón, de la diabetes, SIDA, cáncer, mmm, no sé, no sé me ocurre.”

Azucena, 25 años.

“Ya sería por ejemplo que, he sabido de personas que han fallecido del corazón a los treinta años, yo digo que por el estrés eso también.”

Miguel, 24 años.

En lo que respecta a las nociones sobre características personales o ambientales que posibilitan el desarrollo de la enfermedad, los jóvenes citaron a los factores ambientales y elementos hereditarios. Sólo una participante señaló además de estas características elementos emocionales:

“La gente que se preocupa mucho se me afigura, la que come mucha carne, la que se desvela mucho, toma mucho, pues los hijos de diabéticos o familiares de diabéticos... () Que tiene un susto”

Carmen, 18 años.

En general la visión de los participantes sobre las características personales o ambientales que posibilitan el desarrollo de la diabetes está asociado al factor hereditario y al consumo de ciertos alimentos:

“Todos los que no cuidan la alimentación y los que, los que tienen parientes que tengan diabetes yo digo que tienen riesgo de padecerlo.”

Cristina, 20 años.

Otro tema de interés para este estudio es la experiencia y contacto de la enfermedad, como elemento mediador en la valoración de la propia salud y la idea sobre la posibilidad de presentar diabetes a corto plazo. En relación a los discursos sobre la experiencia de la enfermedad de los padres, familiares o conocidos de los participantes, encontramos información que sugieren una valoración positiva de la experiencia y su impacto en el cuidado de la salud. Es decir, todos los participantes, hombres y mujeres, hijos y no hijos de diabéticos, señalaron a la experiencia de convivir con el familiar diabético como un aprendizaje positivo que influye en el cuidado de la salud.

En el imaginario de los participantes el aprendizaje a partir de vivir las complicaciones de alguna enfermedad son elementos que posibilitan el cambio en las actividades asociadas al propio auto-cuidado:

“Yo pienso que sí, porque muchas veces cuando la ves de lejos, cuando no te toca vivirla de cerca no te preocupa tanto, a lo mejor en el momento sí te preocupa cuando viste un reportaje en la televisión de lo que te puede pasar si te vuelves diabético, pero ya el vivirla de cerca, el ver las cosas por las que se enferman, el ver cómo se ponen y el ver lo difícil que es, a veces es algo que te está recordando todos los días, ¡ey! mira cuídate te puede pasar esto, te puede, como que sí hay más, más conciencia de las personas que lo viven de cerca a las personas que lo viven de lejecitos.”

Cristina, 20 años.

Uno de los temas que abordamos en las entrevistas fue la práctica física. Con relación a los relatos sobre esta, los participantes señalan la no ejecución de alguna actividad física. Sólo dos entrevistadas, expresaron la realización de algún ejercicio físico de manera casual. De forma generalizada señalaron esta acción como un evento pasado. Algunas expresiones que utilizaron fueron “sí, hace mucho”, “antes estaba en un equipo”, “antes hacía”.

De los cuatro participantes inscritos con el nuevo plan curricular, sólo dos de ellos han tomado la clase obligatoria de deporte, el resto está por llevarla. En general existe una visión negativa de la implementación obligatoria de esta materia, la describen como una carga extra, como un obstáculo para la realización de otras actividades, sin embargo reconocen la importancia de esta materia. Asimismo mencionaron que en varias ocasiones no asisten por dar prioridad a los trabajos que en las mismas escuelas solicitan. Aunque está presente en el imaginario de los participantes la asociación entre actividad física y beneficio para la salud, visualizan a la materia de deporte como una carga.

Algunos elementos contextuales nos permitieron conocer parte de las actividades diarias y algunas formas de recreación de los participantes. La finalidad de cuestionar sobre su vida diaria fue la caracterización que los mismos participantes hacen sobre las barreras que dificultan la realización de alguna práctica física y/o adopción de hábitos alimenticios saludables. En general, los jóvenes identificaron como barrera los horarios y la forma de planeación de las materias. Señalaron el tiempo que pasan en la universidad y/o en actividades asociadas a ella, como prácticas, servicio social y alguna actividad extra-curricular, de idioma o deporte.

Todos los participantes asisten a clases por la mañana y regresan por la tarde, alrededor de dos a cuatro horas. Algunas actividades que realizan en el turno vespertino son clases de idioma y/o deporte, o actividades de la misma licenciatura.

Con relación a la infraestructura deportiva y alimentaria, identificamos la falta de espacios deportivos cercanos a los edificios donde toman clases. Son pocas las canchas dentro de la universidad, muchos de estos espacios fueron remplazados por aulas o laboratorios. Respecto a la oferta de alimentos, la mayoría de los puestos de comida ofrecen productos con alto contenido de grasas, irritantes o carbohidratos. Todos estos elementos antes descritos fueron reconocidos por los

participantes como barreras que dificultan la adopción de hábitos más saludables. En el apartado de anexos presento el menú del comedor universitario.

Respecto al uso del tiempo libre y recreación, identificamos la existencia de prácticas de recreación que involucra más ciertos hábitos alimenticios y de sedentarismo. Sólo dos participantes, hombres, señalaron la práctica de algún deporte como forma de socialización con sus iguales. Otra actividad asociada al uso del tiempo libre, es la utilización de medios electrónicos para la comunicación, como el Chat o mensajero instantáneo.

5. CONCLUSIÓN.

Del análisis de los contenidos centrales para este estudio podemos decir que existe elementos que permiten aproximarnos a las nociones sobre el concepto saludable como las acciones instrumentales que llevamos a cabo para mantenernos sanos. Es decir, para los participantes de este estudio representan a lo saludable como la suma del cuidado en la alimentación, la actividad física, el control del estrés y las acciones enfocadas a la higiene. Asimismo la eliminación del consumo de alcohol y tabaco. Otro elemento citado además de estas características es la asociación entre saludable y apariencia física, y la ausencia de la enfermedad como componente del concepto saludable.

La presentación de las conclusiones las haremos de acuerdo a dos características que guiaron este trabajo; *convivir con el familiar diabético y la socialización de los roles de género*. Incluimos además la visión futura sobre el riesgo de padecer diabetes:

a) Las nociones sobre auto-cuidado son distintas entre hombres y mujeres:

La idea del auto- cuidado que los participantes tienen de sí mismos se asocia con la imagen de su rol como varón y mujer. En otras palabras, la imagen que los hombres tienen de las actividades vinculadas al auto-cuidado de la mujer se caracteriza por el énfasis en el consumo o eliminación de alimentos por razones de estética. Asimismo las mujeres señalan que el énfasis en el cuidado de su salud está, entre otras cosas, en el cuidado de los alimentos que consumen. Mientras que, los hombres se percibe a sí mismos como más activos, con mayor resistencia para aguantar el desgaste físico y realizando más actividad física. De la misma forma, las mujeres imaginan a los hombres cuidando su salud a través del deporte y con mayor resistencia para soportar el desgaste físico. En general se asocia la imagen de mujer y cuidado de la alimentación y por otro lado, a los hombres y actividad física.

Por otro lado, del análisis de los contenidos de las entrevistas podemos señalar que existe información que sugiere una visión generalizada de este concepto como un continuo, en cuyos extremos está la idea del no cuidado y por otro lado el auto-cuidado, representado por la imagen de un cuerpo completamente saludable a través del cuidado en la alimentación, la actividad física, manejo del estrés, revisión médica y la eliminación de algunos tipos de consumo como es el alcohol y el tabaco.

Otros elementos que están presentes en la noción del auto-imagen de las mujeres en relación al auto-cuidado, es la mención sobre los estados emocionales, la presencia del estrés, así como acciones que realizan en el cuidado de su salud, tales como la revisión médica. Todos estos elementos señalados, junto con los párrafos anteriores son características que se diferencian de los discursos entre hombres y mujeres. De igual forma, las participantes se reconocen a sí mismas como una persona en la cual las tareas enfocadas actividades preventivas tienen mayor énfasis, además, señalan que los efectos negativos a menor o mediano plazo de una enfermedad no son el principal motivo por el cual deciden iniciar acciones en el cuidado de su salud. Respecto a esto Menéndez (1992: 156); Hernández y colaboradores (2001: 448), señala el proceso de socialización de las mujeres a partir de su rol como cuidadora en el ámbito doméstico. En las mujeres tienen una responsabilidad asignada y asumida de cuidar de sus familiares y de la salud propia, es ella la que tiene que llevar todas las actividades de prevención y curación en el hogar. Es la mujer la protectora de la familia, en términos del cuidado de la salud. Lo anterior, nos hace pensar, como esta responsabilidad sitúa a la mujer en una actividad, que al parecer, le exige “estar atenta” de su salud, no enfermarse, pues al debilitarse, al estar en cama quien cuidará de los otros.

En el caso de los hombres, no realizan este reconocimiento, solamente mencionaron aspectos instrumentales, como el cuidado en la alimentación y el inicio de la actividad física.

Respecto al ejercicio físico, encontramos diferencias en la construcción de esta actividad, para las mujeres la liberación del estrés es una cualidad de la actividad física. Mientras tanto, los hombres señalan al deporte como una actividad que ayuda a la purificación del organismo por medio del sudor y al mejoramiento de la condición física. Por lo anterior, en los discursos de los participantes sugieren un mayor reconocimiento por parte de las mujeres del estrés a diferencia de los hombres.

En relación a la caracterización de los alimentos saludables, no encontramos elementos que nos sugieran diferencias en la construcción de los discursos de hombres y mujeres. En general existe una visión generalizada sobre el consumo de alimentos que pueden afectar nuestra salud, como son el consumo de carnes rojas, comidas enlatas, congeladas o procesada y alimentos a los que denominaron “chatarra”, como frituras de harina de trigo y maíz, galletas, pan, refrescos. Respecto a la noción de la alimentación saludable se presentó de forma uniforme la idea sobre cantidad versus calidad de los alimentos. Es decir, una comida saludable, es aquella que es balanceada, entendida como el consumo de grasas, frutas, verduras, granos carnes, siempre y cuando exista un equilibrio de los alimentos y no exista un abuso de ellos. En otras palabras, podemos comer alimentos con alto contenido de carbohidratos y grasas siempre y cuando no sea un consumo frecuente y excesivo.

El consumo de alimentos sin importar el balance nutricional, el comer y beber como parte de actividades de convivencia a pesar de las consecuencias en nuestro cuerpo son elementos presentes en las actividades que diariamente vivimos, sin ser conciente de las consecuencias, y más allá, son prácticas aceptadas y legitimadas. Respecto a esto Nolasco (1994: 402, 405) describe en su trabajo sobre *Comida: ¿alimento o cultura?*, los procesos socioculturales asociados al consumo de los alimentos, en donde el comer no sólo es una actividad para satisfacer una necesidad biológica, sino una práctica mediada por un grupo

culturalmente definido, el cual dicta no solo el tipo de alimento, sino el lugar, hora y manera de consumo. Como señala la autora, *No se trata de buscar la comida más adecuada, sino lo que se intenta es agregar o suprimir tiene que estar ajustado al hombre gregario y a su cultura, aunque este tipo de consumo no siempre representa una buena alimentación.* De lo anterior podemos decir, que tanto de estas actividades de convivencia podrán ser modificados para favorecer el tipo de consumo de los jóvenes universitarios, donde ahora es más común encontrar, los “big size” por 10 pesos extras o menos en los productos que comemos, los tamaños jumbos, extra-grandes. Qué hacer antes estas condiciones.

Con relación a la construcción del cuidado de la salud y dietas. Encontramos información que sugieren diferencias en la construcción de este término. En general existe la visión en los participantes hombres, sobre el vínculo mujeres y dietas. La mayoría identificó esta actividad con una acción exclusiva de las mujeres, en la cual reconocen ciertos factores de riesgo asociadas a la reducción de los alimentos. Para los participantes varones la dieta no está asociada con el cuidado de la salud, para ellos representa una acción femenina que se asocia a la apariencia física, donde se exige a las mujeres un cuerpo delgado. En cambio, en la construcción de la dieta por parte de la mujeres, sí existe el reconocimiento de la reducción de alimento, con la diferencia que esta actividad está asociada al cuidado de la salud. Para las mujeres la idea de dieta, sugiere la eliminación de alimentos “no saludables”, así como la reducción en la porción o sustitución de una comida por otra.

b) Las nociones de salud y diabetes son distintas entre hombres y mujeres.

Como parte de las concepciones de la diabetes, las personas se apoyarán de cualquier recurso, como la experiencia, la evidencia biomédica, la observación para la elaboración de esta enfermedad. Respecto a la construcción de la diabetes, los participantes, en forma generalizada, definieron a la enfermedad en términos de los cuidados que debe tenerse, así como las complicaciones que

surgirán si no se tiene control. Así mismo añadieron otros elementos, como son las causas y/o a la asociación de otras enfermedades o mal funcionamiento del organismo.

Es necesario señalar que en todo momento que platicamos sobre diabetes, surgió el comentario sobre el poco conocimiento de la enfermedad. Aunque una vez que exploramos más sobre esto nos dimos cuenta sobre las nociones que los participantes elaboraron para dar respuesta a nuestros cuestionamientos.

De las conversaciones que sostuvimos con los participantes identificamos algunas diferencias en cuanto a la descripción de la diabetes. Estas nociones se asocian a la utilización del lenguaje biomédico en la definición de la enfermedad. En comparación con las mujeres, los participantes varones mencionaron más los términos azúcar en la sangre o problemas con la sangre.

Otro elemento que exploramos fueron las nociones de las causas de la enfermedad. Podemos decir que el imaginario respecto a estas características está construido en parte por la evidencia biomédica. Muchos de los participantes caracterizaron las causas de la diabetes por varios factores, entre ellos los ambientales y hereditarios, y un tercero, está asociado a procesos emocionales, como susto, alegrías, impresiones. Respecto a este último punto, las representaciones de los hombres en relación a las causas emocionales, específicamente el susto como un detonante de la diabetes fue distinto a lo encontrado por Torres (2004: 120) quien señala que los participantes varones ubican en primer lugar a los susto como un causante de la enfermedad. En este estudio los participantes hombres, no señalaron al susto como causas de la enfermedad. Sin embargo, mencionaron a la herencia y a los factores instrumentales como las principales causantes.

Otro hallazgo fue la idea entre el desarrollo de la enfermedad y el consumo de azúcar. Esta relación la encontramos de forma indistinta tanto en el discurso de hombres como de mujeres. Otro estudio que corrobora este hallazgo es el de Rivera (2004: 79), en su investigación sobre creencias de la diabetes mellitus tipo 2 encontró que los hijos de diabéticos señalan al consumo del azúcar como una de las causas de la enfermedad.

c) Nociones sobre la diabetes y el auto-cuidado son distintas entre hijos de diabéticos y jóvenes sin antecedentes familiar de la enfermedad.

Es necesario mencionar que el análisis referente a la diferenciación de los discursos sobre la descripción de la diabetes y auto-cuidado de la salud de los hijos y no hijos de personas con diabetes mostraron más similitudes que diferencias. Es decir los elementos utilizados para la caracterización del auto-cuidado de la salud tanto de hijos y no hijos, fueron la mención de elementos instrumentales como la actividad física, el cuidado en la alimentación, la eliminación del consumo de alcohol y tabaco.

También el reconocimiento de la higiene. Todos los participantes, hombres y mujeres, hijos y no hijos de diabéticos, señalaron como un elemento positivo en el cuidado de la salud el convivir con el familiar diabético, es decir, el aprendizaje a partir del sufrimiento y las complicaciones del familiar diabético. Asimismo, identificamos algunos elementos que nos pueden dar indicio sobre los facilitadores en el auto-cuidado, como es el cambio en la dinámica familiar y su impacto en la implementación de nuevos hábitos asociados a la alimentación.

Respecto a la construcción sobre diabetes, podemos decir que la vivencia directa con la enfermedad y el uso de otras fuentes, como los relatos de otras personas y la socialización de esta enfermedad en los medios masivos de comunicación, son elementos presentes en la construcción de las nociones sobre las causas, complicaciones y descripción de la enfermedad. Es necesario

puntualizar que la experiencia con la enfermedad varía entre los jóvenes que tiene antecedentes de la misma. De los cuatro informantes con antecedente, sólo una convive con el familiar enfermo, los tres restantes tiene poco contacto con sus familiares diabéticos.

En general la noción sobre diabetes se asocia más a la idea de los factores hereditarios que lo causan o los instrumentales, entendido esto, como la práctica deportiva, la eliminación del consumo de alcohol, tabaco o alimentos llamados “chatarra”, entre otros. Algunos participantes, hijos de diabéticos mencionaron la deficiencia en la producción de la insulina y los efectos de este en los niveles de glucosa en la sangre. Aunque los discursos en la construcción de la enfermedad se acerca más a la descripción biomédica de la enfermedad. No podemos concluir, al menos con la información recaba en este estudio cuales son los elementos que se diferencian en la construcción de la enfermedad entre hijos y no hijos de diabéticos.

El reconocimiento a través de los discursos de otras fuentes, como la socialización de la enfermedad en los medios masivos de comunicación o el simple hecho de escuchar las experiencias de otras personas con relación a la enfermedad son elementos que también participan en la representación de la diabetes, sin importar el antecedente. El vivir con el familiar diabético es un elemento más que participa en la construcción de este padecimiento y fortalece la información sobre las prácticas de atención, así como las consecuencias de sus complicaciones en etapas avanzadas.

d) Ideas sobre el vínculo diabetes y jóvenes.

Respecto a la asociación entre diabetes y jóvenes, los discursos de los participantes sugieren una visión generalizada de lejanía de la enfermedad. Ante la pregunta sobre la posibilidad de desarrollar esta enfermedad, los participantes utilizaron tres características sobre la imposibilidad a corto plazo del desarrollo de

la diabetes, estas son, a) la relación entre la idea de diabetes y personas mayores; b) el vínculo del cuidado de la salud, en términos de implementar “acciones instrumentales” en la prevención de la enfermedad, y c) el papel de la herencia y la presencia de la enfermedad. Aunque existe la visión sobre el poco riesgo de padecer diabetes, identificamos en varios de los casos el reconocimiento sobre la posibilidad latente de la presencia de la enfermedad.

En general el joven se percibe como saludable, sin enfermedades como la diabetes. Sin embargo, reconocen la presencia de otros problemas de salud como las infecto-contagiosas y las enfermedades gastro-intestinales.

Algunos elementos contextuales nos permitieron conocer parte de las actividades diarias y algunas formas de recreación de los participantes. La finalidad de cuestionar sobre su vida diaria fue la caracterización que los mismos participantes hacen sobre las barreras que dificultan la realización de alguna práctica física y/o adopción de hábitos alimenticios saludables.

No forma parte de nuestros objetivos la observación de las prácticas de auto-cuidado. Sin embargo consideramos importante los señalamientos de las barreras que dificultan el cuidado de la salud por parte de los participantes. Asimismo, el papel que juega este reconocimiento en las nociones sobre el auto-cuidado. En general, los jóvenes identificaron como barrera los horarios y la forma de planeación de las materias. Además, el tiempo que pasan en la universidad y/o en actividades asociadas a esta. Respecto a este último punto, en el coordinador de la escuela de ingeniería civil, explica que los cambios en el plan de estudios tienen efectos positivos en la carga de trabajo de los universitarios, es decir, el tiempo que invierten para tareas o actividades en casa es menor pues mucho del trabajo se realiza dentro de los horarios de clase. Sin embargo, la percepción de los participantes en relación a la carga académica es negativa. Cabe señalar que no todos los jóvenes pertenecen a los nuevos planes curriculares. Por lo anterior, no todos los estudiantes llevan las clases de deporte.

Otro de los cambios en los planes curriculares fue la implementación de la materia de deporte. En general existe una visión negativa del carácter obligatorio de esta asignatura, aunque está presente en el imaginario de los participantes la asociación entre actividad física y beneficio para la salud.

Respecto a la infraestructura deportiva y alimentaria, identificamos la falta de espacios deportivos cercanos a los edificios donde toman clases. Muchos de estos espacios fueron reemplazados por aulas o laboratorios. Respecto a la oferta de alimentos, la mayoría de los puestos ofrecen alimentos altos en grasas o carbohidratos.

6. ALCANCE Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Este trabajo ofrece un primer acercamiento al análisis de las enfermedades crónico-degenerativas, de manera particular sobre diabetes mellitus y representa un esfuerzo por identificar los factores socio-culturales asociados al cuidado de la salud de jóvenes entre 19 y 25 años. Los hallazgos encontrados señalan características que nos acerca a las ideas asociadas al cuidado de la salud y la posible motivación para realizarla.

Es necesario señalar que uno de los problemas a los cuales nos enfrentamos fue la dificultad para encontrar participantes que convivan o compartan el mismo espacio físico que la persona con diabetes. La experiencia de vivir con el familiar diabético varió entre los jóvenes, solamente una participante vive con el familiar, el resto tiene contacto de forma esporádica, aunque tiene experiencia de la enfermedad, muchos han vivenciado los cuidados de los familiares con algún tipo de complicación. Ante esta situación, fue difícil identificar y analizar el papel que juega el convivir con el familiar diabético en la representación del cuidado de la salud. En ese sentido, fue difícil elaborar alguna conclusión respecto a la diferenciación de los discursos asociados al auto-cuidado de hijos o no hijos de diabéticos.

Otro elemento que no se consideró en este estudio fue el papel de la familia en el cuidado de la salud. Aunque surgió el tema sobre la función de la madre en algunas actividades domésticas no profundizamos en el papel que tiene la misma en el cuidado de la salud. Menéndez (1992), identifica la relevancia del rol materno en actividades asociadas al cuidado de la salud de todos los miembros de la familia. Consideramos relevante el seguimiento de la dinámica familiar y de manera específica la identificación de las estrategias que la madre utiliza en el cuidado de la salud.

Por último, es necesario profundizar en las dinámicas de socialización de los universitarios y el vínculo entre el consumo de alimentos, y alcohol. Así mismo, explorar los discursos asociados a la recreación y actividad física. Es necesario mencionar que en los encuentros con los participantes pude identificar algunas formas de socialización asociadas a la actividad física y al consumo de alimentos. Sin embargo, es necesario profundizar en los significados de la recreación y socialización vinculadas a prácticas de auto-cuidado y la relevancia de estos en el imaginario de los jóvenes.

7. SUGERENCIAS.

De los hallazgos de este trabajo podemos puntualizar seis elementos que consideramos de utilidad en la realización de futuros estudios sobre auto-cuidado de jóvenes y enfermedades crónicas:

- Incluir a jóvenes que participan en algún club deportivo o realizan alguna práctica física de manera constante e investigar sus representaciones sobre los beneficios de la práctica deportiva, así como la identificación de las barreras y facilitadores que participan en el cuidado de la salud de los jóvenes con estas características.
- El seguimiento de la dinámica familiar y de manera específica el rol que juega la madre en actividades asociada al cuidado de la salud de la familia. Asimismo, identificar las estrategias que utilizan y los significados alrededor de ella.
- El análisis de las representaciones de los funcionarios encargados de diseñar, planear e implementar programas de salud en la Universidad de Sonora. Es decir, conocer las similitudes y diferencias en los discursos asociados a la salud entre jóvenes universitarios y el personal responsable de elaborar los programas de salud. De esta forma poder diseñar programas que se acerques a las teorías que los propios jóvenes han elaborado respecto a las actividades asociadas al cuidado de la salud.
- Analizar el auto-cuidado de la salud desde otros enfoques. Una de las propuestas es el análisis de los discursos desde la perspectiva de género. A partir de los hallazgos de este estudio, pudimos identificar varias diferencias con relación al género. Por ello consideramos pertinente conocer en futuras investigaciones el proceso de socialización de los roles de género y su vínculo con la construcción del auto-cuidado.

- Reconocemos la necesidad de explorar las prácticas asociadas al cuidado de la salud. Por lo cual sugerimos la utilización de otra perspectiva que permita la evaluación de las prácticas y las representaciones, con la finalidad de comparar los significados y teoría sobre un objeto y las acciones llevadas a cabo. En otras palabras que tanto de las representaciones se refleja en las prácticas.
- Por último, la realización en general de más investigaciones sobre jóvenes y enfermedades crónicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Albarrán, N. (2001). Importancia del comportamiento dietario familiar en el control de la diabetes tipo 2. Tesis de Maestría, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.
2. Alberti, G., Zimmet, P., Shaw, J., Bloomgarden, Z., Kaufman, F., y Silink, M. (2004). Type 2 diabetes in young: the evolving epidemic. Diabetes Care, 27(7), 1798-1811.
3. Alvarado, O., Millan, S., y Valles, S. (2001). Prevalencia de diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes. Salud Pública En México, 43(5), 459-461. Recuperado el 20 de abril del 2004, en <http://www.insp.mx/salud/index.html>
4. Alvaro, J. (2004). .Representaciones sociales. R. Román. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 13 abril del 2004, en http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/R/representaciones_sociales.htm
5. Barragán, O. (2004). Es tan difícil dejar de comer... Trampeo estratégico en el enfermo diabético. Tesis de Maestría, El Colegio de Sonora.
6. Campos, R., Torrez, D. y Afganís, E. (2002) Representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. Cadernos de Saúde Pública. 18(5). Recuperado el 19 de noviembre del 2005, en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500019
7. Chiquete, E., Nuño, P., y Panderó, A. (2001). Perspectiva Histórica de la diabetes mellitus. Comprendiendo la enfermedad. Investigación en Salud. Universidad de Guadalajara. Recuperado el 5 de noviembre del 2005, en <http://www.cucs.udg.mx/invsalud/insalud6/articulos1a4.html#anchor133670>
8. Durán, L., Bravo, P., Hernández, M., y Becerra, J. (1999). El diabético optimista. Manual para diabéticos, familiares y profesionales para la salud (Primera reimpresión ed.). México: Trillas.
9. Dirección General de Epidemiología (2005). Anuarios de morbilidad del 2000 al 2002. Obtenido el 10 de febrero del 2004, en <http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/index.htm>
10. García de Alba, E. y Salcedo, E. (2002). Dominio cultural en diabetes tipo 2. Revista Universidad De Guadalajara, (23), 29-34.

11. Gil I. y Celerino P. (1997). Abordaje integral de los pacientes con riesgo de diabetes no insulino dependiente (1a. fase). X Congreso nacional de Medicina Familiar. Morelia, Michoacán. IMSS. Recuperado el 20 de mayo del 2004, en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/bol44/bmf44-18.htm>
12. Haro, A. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua de la salud. en E. Perdiguero, y J. Cornelles (eds), Medicina y cultura. Estudios entre antropología y medicina (pp. 101-116). Barcelona: Bellacelona.
13. Hart, W., y Lollazo, M. (1998). Costos del diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus en diferentes países del mundo. Revista Cubana De Endocrinología, 9(3), 212-220.
14. Hernández, I., Arenas, M. y Valde, R. (2001). El cuidado ala salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. Rev Saúde Pública, 35(5):443-450.
15. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2000). Metodología de la investigación. (2 ed.) México: McGraw-Hill.
16. Instituto Mexicano del Seguro Social (webmaster). (s. f) PREVENIMSS. (Página web) URL http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/DPM/Servicios/PREVENIMSS/prevenimss_home_001_2003_12.htm [Febrero, 2006].
17. INEGI, (2005). Tasa de morbilidad de los principales casos nuevos de enfermedad, del 2000 al 2003. Recuperado el 5 de octubre del 2005, en <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal06&c=3357>
18. Jodelet, D. (1988). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici, S. (Comp). Psicología Social, II. España: PAÍDOS. 470-493.
19. Lamas, M. (1996). La perespectiva de género. En Aguila, j. y Mayén, B. (Comps). Hablemos de sexualidad: Lecturas. México: CONAPO y MEXFAM. 243-261.
20. Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud. (2003). Encuesta Nacional de Salud, 2000 (Primera edición ed.). (Encuesta Nacional de Salud, 2000 No. 2). Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
21. Menéndez, E. (1992). Auto-atención y auto-medicación. Un sistema de transiciones sociales permanentes. en R. Campos (comp.), La antropología médica en México II (pp. 141-185). Guadalajara: Universidad Autónoma Metropolitana.

22. Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Antecedentes históricos. Universidad de Guadalajara, 1-25 pp. Universidad de Guadalajara. Recuperado el 1 de abril del 2004, en <http://antalya.uab.es/athenea/num2/mora.pdf#search='Mora%2C%20teoria%20de%20las%20representaciones%20sociales'>
23. Nolasco, M. (1994). Comida: ¿alimento o cultura? en S. Doode y E. Pérez (comps.), Sociedad, economía y cultura alimentaria (pp. 399-407). Hermosillo: CIESAS – CIAD.
24. Organización Panamericana de la Salud. (2001). La diabetes en las Américas. Boletín Epidemiológico, 22(2), 1-3.
25. Pittman, P. (1999). Género y calidad de atención: el caso de hipertensión y diabetes en Avellaneda, provincia de Buenos Aires, Argentina. Washington: OPS.
26. Rivera, B. (2004). Creencias de la diabetes tipo 2 en trabajadores con antecedente hereditario de esta enfermedad. Tesis de Maestría, El Colegio de Sonora, Hermosillo.
27. Robles, L., Mercado, F., Chávez, J., Ramos, I., y Alcántara E. (1993). Familia y enfermedad crónica: un análisis de los tipos de apoyo a los individuos con diabetes. En AMEP (Coord.), Investigaciones sociodemográficas en algunas regiones de México (pp. 88-98). México: Asociación Mexicana de población, Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población.
28. Robles, L., y Mercado, F. (1993). El apoyo familiar y el cumplimiento del tratamiento médico en individuos con diabetes mellitus no insulino dependiente. En F. Mercado y cols. (comp.), Familia, salud y sociedad. Experiencias de la investigación en México (Primera edición ed., pp. 310-343 pp). Guadalajara: Universidad de Guadalajara//Instituto Nacional de Salud Pública//CIESAS//Colegio de Sonora.
29. Robles, L., Mercado, F., Ramos, I., Alcántara, E., y Moreno, N. (1995). Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. Salud Pública En México, 37(3), 187-196 pp.
30. Secretaría de Salud (2004). Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Recuperado el 20 de mayo del 2005, en http://www.ssa.gob.mx/bajables/norma_diabestes.doc
31. Secretaría de Salud (2005). Principales causas de mortalidad general en México del 2000 al 2003. Recuperado el 13 de octubre del 2005, en <http://www.salud.gob.mx/>

32. Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora. (2005a). Anuario Estadístico de Sonora del 2002. Recuperado el 5 de febrero del 2005, en <http://www.salud-sonora.gob.mx/estadisticas/anuarios/>
33. Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora. (2005b). Anuario Estadístico de Sonora del 2003. Recuperado el 5 de febrero del 2005, en <http://www.salud-sonora.gob.mx/estadisticas/anuarios/>
34. Taylor, S., y Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: PAIDOS.
35. Torres, T. (2004). Sangre y azúcar, representaciones sociales sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
34. Universidad de Sonora (webmaster). (s.f) Deporte estudiantil [Página web]. URL <http://www.uson.mx/estudiantes/deportes.shtml> [Octubre, 2005].
35. Universidad de Sonora (webmaster). (s. f) Servicios estudiantiles [Página web]. URL <http://www.dise.uson.mx/> [Febrero, 2005].
36. Universidad de Sonora (webmaster). (s. f) Universidad de Sonora (Página web). URL. <http://uson.mx> (Octubre, 2005)

ANEXOS

ANEXO 1

Guía de entrevista semi-estructuradas. (Jóvenes universitarios)

1. ¿Qué hacen para divertirse?
2. ¿Cómo describen a la persona saludable de su dibujo?
3. Para Ustedes, ¿qué es salud?
4. ¿Quiénes cuidan mejor su salud, los hombres o las mujeres?
5. ¿Cómo cuidan la salud los hombres / mujeres?
6. ¿Qué diferencia hay en el cuidado de la salud de hombres y mujeres?
7. ¿Y ustedes cómo cuidan su salud?
8. ¿De qué se enferman las personas de su edad?
9. ¿Cuidar la alimentación es estar a dieta?
10. Para ustedes que es una alimentación saludable
11. ¿Qué dificultades tenemos para cuidar nuestra alimentación en las reuniones con familiares o amistades?
12. ¿Se dice lo mismo si son hombre o mujeres los que se cuidan?
13. ¿Qué se dice entre amigos de una persona que hace ejercicio?
14. ¿Qué es la diabetes?
15. ¿Cuáles son las causas?
16. ¿Cuáles son los síntomas?
17. ¿Cuáles son las complicaciones?
18. ¿La experiencia de vivir con una persona diabética nos hace cuidarnos más que los que no lo hacen?
19. ¿Quiénes tienen más riesgo de enfermarse de diabetes?
20. ¿Ustedes pueden enfermarse de diabetes?
21. ¿Qué pueden hacer los jóvenes como ustedes para prevenir la diabetes? Considerando sus actividades, rutinas, espacios en donde las realizan.
22. ¿Qué tipo de información sobre diabetes necesitan los jóvenes como ustedes?
23. ¿Además de información qué les hace falta para cambiar sus prácticas?
24. Desean agregar algo más antes de concluir. Algún comentario adicional a lo que ya hablamos que consideren importante y crean que no se abordó lo suficiente.

ANEXO 2.
Guía de entrevista funcionarios del programa de salud de la Universidad de Sonora

Objetivo: Conocer la experiencia en diseño, planeación e implementación de programas de promoción a la salud dentro del campus universitario. Así mismo identificar las necesidades de la población universitaria y aceptación de estas campañas.

1. ¿En que consiste el Programa de Orientación a la Salud?
2. ¿Hay alguien responsable del programa en las diferentes escuelas o departamentos?
3. ¿Cuándo Inicia este programa?
4. ¿Quiénes participan en el programa?, ¿Cómo participan los departamentos?
5. ¿Quiénes diseñan estos programas?
6. ¿Cuáles son las acciones que se llevan a cabo?
7. ¿Cuáles son las estrategias para dar promoción a los programas de salud?
8. ¿Cuáles son las principales demandas de la población estudiantil en términos de los servicios que ofrecen?
9. ¿Cómo conocen estas demandas? O bien, ¿Con base a qué criterios se plantean los programas que tienen?
10. ¿Qué es la Feria de la Salud?, ¿Qué servicios se ofrecen en ella? ¿Cada cuánto se hace?, ¿Participan los departamentos de alguna manera en su organización?
11. ¿Cuál ha sido la respuesta de la comunidad estudiantil a este tipo de eventos?
12. ¿Cuándo inicia el interés de hablar sobre detección oportuna de ciertas enfermedades crónicas?
13. ¿Por qué decidieron incluir diabetes dentro de las actividades de atención primaria?
14. ¿Cuál ha sido la experiencia en el trabajo de atención primaria, específicamente en la detección oportuna de la diabetes?, ¿Cuál ha sido la promoción en la prevención de esta enfermedad?

15. ¿Cuál es la respuesta que han tenido los estudiantes ante estas acciones?
16. De acuerdo a su experiencia con estos programas, ¿Qué cambios son necesario hacer para involucrar a las estudiantes en actividades relacionadas al auto- cuidado de la salud?
17. ¿En su opinión la rutina que tienen los estudiantes en la UNISON les permite o facilita cambiar de hábitos alimenticios y de ejercicio?

ANEXO 3

Entrevista coordinadores.

1. ¿Cuál es su percepción sobre las prácticas de alimentación de los estudiantes universitarios?
2. ¿Cuál es su percepción sobre las prácticas deportivas?
3. ¿Cuál es su percepción sobre las prácticas de auto-cuidado?
4. En general cuál es el nivel socio-económico de los estudiantes de esta licenciatura.
5. Ahora con el nuevo plan de estudio, ¿cuál es la carga de materias?, ¿cuánto tiempo pasan en la universidad?, ¿implica venir en la mañana y tarde?, ¿Desde qué semestre los jóvenes asisten a clases por la mañana y tarde?
6. En su opinión la rutina que tiene los estudiantes de la UNISON les permite o facilita cambiar los hábitos alimenticios?
7. ¿Qué sería necesario cambiar para involucrar a los jóvenes en actividades del mantenimiento de la salud?
8. ¿Cuál ha sido la experiencia en la promoción de eventos que involucran a jóvenes a participar en actividades deportivas?
9. ¿Cómo se puede involucrar a los jóvenes por medio del programa académico a participar en alguna actividad deportiva?
10. Además de esto, ¿qué otros cambios son necesarios hacer para involucrar a los estudiantes en actividades relacionadas al auto-cuidado de la salud.

ANEXO 4

Guía de observación:

Objetivo: Describir de manera general la estructura física, espacio de recreación. Así mismo identificar las actividades que realizan los jóvenes universitarios en sus ratos libres, qué hacen, qué comen, qué actividades recreativas realizan.

Dentro de las actividades a realizar se encuentra:

- Observación en los patios o espacios de descanso entre clases, cuando no tienen clases:
 - + Qué actividades realizan.
 - * Recreación.
 - * Consumo de alimentos.
 - * Actividad física.
 - * Tiempo permanente entre clase.
- Identificar y describir los espacios para consumo de alimentos en las escuelas:
 - + Número de puesto de comida.
 - + Producto que se ofrecen.
 - + Productos que se consumen.
 - + Qué compran los hombres, qué compran las mujeres?
- Observación en el comer universitario: Restaurante *Olivo verde*, venta de comida naturista.
 - + Descripción de la población.
 - * Edad, sexo.
 - + ¿Cuánto tiempo tiene ofreciendo el servicio?
 - + Menú, precios.
 - + Productos que se consumen.
- Identificar y describir los espacios para la práctica de actividades físicas:
 - + Número de espacios para la práctica física (canchas de básquetbol, fútbol, etc.)
 - + Descripción de los espacios; Espacios con sombra, bancas, dónde se reúne los estudiantes, utilizan las canchas, cuáles son los tramites para conseguir balones o pelotas.
 - + Tipo de propaganda que invite a la participación de algún deporte. (Promoción de algún torneo, competencia, integración de actividad física). Descripción general del periódico mural.
 - + ¿Qué juegan los hombres, qué juegan las mujeres?
- **Relaciones humana entre los actores sociales:** Identificar estilo de relación, actividades, forma de vestir y saludar, estatus dentro de las relaciones, ¿quiénes e juntan con quiénes?

Objetivo meta: Identificar las dinámicas entre tiempo libre, recreación y consumo de alimentos. Asimismo identificar los potenciales facilitadores o barreras en términos de edificación, espacios libres para la práctica de actividad física, puesto de comida que interviene en las actividades asociadas al cuidado de la salud.

ANEXO 5
Nociones sobre la construcción de lo saludable.

Nombre	Actividades asociadas al auto-cuidado	Salud y género	Apariencia física	Ausencia de la enfermedad
Fabricio (SA)*	<i>“Mmm, ahí, ahí sí no estaría, que fuera una persona saludable, algo así, porque, o sea, comes mucho pero a lo mejor no vas a quemar lo que comiste, que fue demasiado y no se me hace tanto, se me hace un intento fallido.”</i>		<i>“Una persona corriendo, porque fue lo primero que, saludable pues y, y es lo que representa, si trotando con la cara feliz y delgado porque, o sea, no es necesario que sea delgado pero como que es el arquetipo delgado.”</i>	
Cristina (AF)**		<i>“Una persona saludable es una persona que se siente bien,... () Una persona que si bien a lo mejor no está toda feliz todo el tiempo, está por lo menos la mayor parte del tiempo tranquila.”</i>		<i>‘Una de mis hermanas, este,... () Sí es una persona muy saludable, casi nunca se enferma ella’</i>

* SA: Sin antecedente familiar de DM.

**AF: Antecedente familiar de la enfermedad.

ANEXO 5
Nociones sobre la construcción de lo saludable.

Nombre	Actividades asociadas al autocuidado	Completamente saludable vs. no saludable.
Miguel (AF)**	<p><i>“Saludable para mi sería que no fumara, que no bebiera, que hace deporte regularmente, no me voy a engañar, y que come sanamente y hace deporte eso para mi es el concepto de persona saludable.”</i></p>	<p><i>“Pues así cien por ciento no pero más saludable sería pues mi hermana mayor... () Hace Pilates, come sanamente, nunca ha fumado, nunca ha bebido y come bien.”</i></p> <p><i>“Pues yo tengo un amigo en la carrera que sí va al gimnasio pero no creo que no come sanamente, hay veces que hace muchos ejercicios y pesas, y yo digo que no come bien por lo mismo, nadie cumple así totalmente, puede ser que yo también”</i></p>
Dinora (SA)*		<p><i>“De todos lo que me rodean o fuman o toman o les duele algo o no comen bien, por ejemplo, en la escuela es muy difícil que durante el tiempo de clases que lleves una buena dieta porque yo muchas veces hago una comida al día, nada más, por el tiempo que me deja la escuela, por eso no encuentro una persona completamente sana a mi alrededor.”</i></p>

* SA: Sin antecedente familiar de DM.

**AF: Antecedente familiar de la enfermedad.

ANEXO 5

Nociones sobre las actividades asociadas al auto-cuidado.

<i>Nombre</i>	<i>Actividades asociadas al cuidado de la salud</i>	<i>Enfermedad y cuidado de la salud.</i>
Cristina (AF)**	<i>“Para cuidar mi salud, pues trato, igual, de no comer muy, cosas que me hagan mucho daño, por ejemplo, comidas rápidas tratar de comerlas lo menos posible, sí las como, me gustan mucho, pero tratar de no comerlas muy seguido porque, tienen mucha grasa por ejemplo,... () Ejercicio sí lo hago pero no soy muy constante y son como que rutinas, me pongo a brincar la cuerda, por ejemplo, a veces, igual no es constante, pero por ejemplo dos veces a la semana sí lo hago, dos veces a la semana o a veces que nos pega la loquera a mi hermana y a mí y nos levantamos temprano a caminar, pero igual, no es algo que todos los días.”</i>	<i>“Por que no estamos acostumbrados hacer las cosas desde el principio, o sea, no hay una cultura desde chiquitos a que, que nos enseñen en la casa desde chiquitos, sino ya, conforme vamos creciendo, conforme mas bien nos van pasando las cosas, es que muchas veces que cambiamos nuestra forma de cuidarnos.”</i> <i>“Y mi mamá desde que se enfermó tiene diciéndonos cuídense, cuídense, y en mi casa hay el antecedente de diabetes por parte de mi mamá y del corazón por parte de las dos familias, es muy fuerte la tendencia a enfermedades del corazón, entonces trato de hacer eso.”</i>
Franco (AF)**	<i>“Pues sí trato de, pues eso todo bañarme diario, rasurarme, limpiarme la uñas, lavarme los dientes, cambiarme de ropa, de todo, ropa limpia. “</i>	
Azucena (SA)*	<i>“Tratar de no comer mucho dulce, casi no como Sabritas ni soda, no comer mucha grasa, si me siento mal luego me voy con el doctor, con el que tengo, tomarme los medicamentos, pues tratar de hacerlo lo más posible por ir a una parte caminado no irme en el carro, casi no hago ejercicio.”</i>	

* SA: Sin antecedente familiar de DM.

**AF: Antecedente familiar de la enfermedad.

ANEXO 5
Nociones sobre las actividades asociadas al auto-cuidado.

<i>Nombre</i>	<i>Actitud positiva y cuidado de la salud</i>
Cristina (AF)**	<p><i>“A no tomar las cosas, es que muchas veces vemos el vaso medio vacío en lugar de verlo medio lleno, muchas veces el tener una actitud positiva hacía hacer las cosas, no estar pensando, ¡uy! Ahora tengo que comer esto... (), o sea, como que no, como que hay que pensar ¡ay! mira esto también sabe rico, por ejemplo, mira me va hacer bien comerme eso, siempre estamos pensando ¡ay! esta malo, o por ejemplo, el hacer ejercicio, ¡que flojera!... (), O no sé, pensar las cosas de una manera que no sea, muchas veces se nos hace difícil las cosas, o tediosas, o nos ponemos negativos porque vemos siempre lo malo y lo bueno nunca lo vemos o cuando nos pasa algo, nos pasa algo malo ¡uy!... () Como nos lamentamos y nos pasa algo bueno andamos feliz una ratito y al ratito se nos olvida que en realidad nos paso algo bueno, como que somos así, tomar lo bueno de lo que nos pasa.”</i></p>

* SA: Sin antecedente familiar de DM.

**AF: Antecedente familiar de la enfermedad.

ANEXO 5
Nociones sobre auto-cuidado asociadas al género.

<i>Nombre</i>	<i>Cuidado hombres vs. Cuidados mujer.</i>
Santiago (SA)*	<p><i>“Considero más saludables a los hombres, porque ellos no, no se andan, la mayoría ¿no?, no se andan midiendo para hacer deporte mientras las mujeres son muy, muy delicadas y no hacen nada o por las mismas fiestas se dan mal pasadas ellas para, para estar delgadas entonces no, no son muy confiables para decir, no pues son muy saludables, me voy con los hombres mejor.”</i></p> <p><i>“Pues están haciendo las cosas incompletas en ambos lados, uno nada más se centra en el ejercicio y no se alimenta bien y el otro las mujeres no, no, se restringen mucho, pero las mujeres sí no se me hace que cuiden mucho su salud, no porque, o sea, se restringen lo que comen pero machín así, o sea, no le miden, no, no, no lo balancean pues, ¡ay que!, ¡que estoy gordita!, ¡ya no voy a comer nada en las noches!, o puras así pues bien, bien tajantes, no duran mucho así pero así se castigan mucho.”</i></p>
Fabricio (SA)*	<p><i>“Te podría decir que las mujeres, pero las mujeres se cuidan pero descuidan otras cosas, la mayoría le importa estar, o sea, uno piensa ¡ay! como están cuidando su salud, pero va hacer todo por estar delgada, sí está bien comer lechuguita, tomatitos pero tiene que complementarlo con algo más. Pero sí creo que un poco más las mujeres.”</i></p>
Franco (AF)**	<p><i>“Las mujeres de verdad... () Pues su, cuidan más su persona, su forma física, porque la salud, ¡a malaya! no poder enfermarte pero quien sea se puede enfermar, pues la salud, sí se puede cuidar la salud pues, es lo mismo para los hombres ¿no?, es lo mismo para los dos lo de la salud, pero las mujeres se me figura que son más limpias que los hombres... () También lo esencial en lo hombres es bañarse diario, es muy importante eso, cambiarse de ropa interior y, o sea siempre andar rasurado, no tener la barba así muy fea, sí así igual pues los dos se tienen que cuidar igual, pero yo veo que son más limpias las mujeres que los hombres, andar siempre acá con, oliendo bien con loción, desodorante así.”</i></p>

* SA: Sin antecedente familiar de DM.

**AF: Antecedente familiar de la enfermedad.

ANEXO 5
Nociones sobre auto-cuidado asociadas al género.

<i>Nombre</i>	<i>Actividades de auto-cuidado y género</i>
Carmen (AF)**	<i>“A mi me ha tocado más casos así que, por ejemplo, mis hermanas que si cuidan lo que comen pues, que se fijan más en lo que va a comer, y mi hermano pues, como que son más hambrientos, comen más, comen lo que sea, se me hace que las mujeres, yo creo.”</i>

* SA: Sin antecedente familiar de DM.

**AF: Antecedente familiar de la enfermedad.

ANEXO 5
Ideas sobre la actividad física.

Nombre	Ejercicio físico y estrés.	Actividad física y purificación del organismo
Dinora (SA)*	<p>“Este, a mí me gusta ir sola porque generalmente es mi manera de liberar estrés, es mi, mi forma de... () Una vez que andaba súper estresada por la escuela por todo, me fui a correr y yo creo que sí corrí qué te diré como de aquí hasta... () Corrí tanto que al momento que regresé a mi casa mis piernas me estaban temblando, andaba muy, muy estresada y es mi manera de, de voy y saco lo que traigo”</p>	
Franco (AF)**		<p>“Sí porque es muy importante, pues porque muchas veces te sirve, al cuerpo mismo le sirve porque no nada más puede estar en reposo pues, no siempre debe de estar así nomás, no, siempre debe de estar sentado tiene que hacer algo, un deporte también porque, para que el cuerpo libere, para que el cuerpo sude pues y libere toxinas y todo eso, toxinas ¿de dónde salió esto?, ¿de dónde salió esto?... (), Ah, se liberan en el sudor, toxinas muertas, algo así, no me acuerdo, algo estaba leyendo pues que, por ejemplo una persona así gordito, gordito pues que le gusta, que hace ejercicio pues, a lo mejor luego se lo propone, pero ahí está y ahí está pero, es muy importante el ejercicio para, para quien sea, es importante que haga ejercicio ¿no?, no siempre pero es importante”.</p>

* SA: Sin antecedente familiar de DM.

**AF: Antecedente familiar de la enfermedad.

ANEXO 5
Ideas sobre la actividad física.

Nombre	Actividad física y eliminación de calorías	Práctica física y lo que se dice de ello.
Santiago (SA)*	<i>“Por eso así yo también no me ando cuidando qué es lo que como, qué es lo que no como porque yo sé que, que si como mucho colesterol con el huevo lo gasto, lo gasto por, en el ejercicio pues, ya que si no hago ejercicio y empiezo a comer mucho ahí sí me preocupo por eso mismo porque no tengo ese respaldo de hacer ejercicio.”</i>	
Azucena (SA)*		<i>“Para mantenerse saludable, mucha gente lo hace por estética pero yo pienso que debería hacerse para mantenerse saludable, para no enfermarse tanto... () La gente que lo hace por estética pues le dedica más tiempo, le da casi todo su tiempo a eso, tiene una alimentación diferente, y la persona que hace ejercicio para mantenerse sano, pues lo hace por su salud, no son tantas horas en el gimnasio o corriendo o tomando proteínas y no sé qué otras cosas.”</i>

* SA: Sin antecedente familiar de DM.

**AF: Antecedente familiar de la enfermedad.

ANEXO 5
Idea sobre la alimentación saludable.

Nombre	Definición de la alimentación saludable.
Franco (AF)**	<i>“Pues, pues es el cuadro básico de la alimentación pues, incluye frutas, verduras, harinas, grasas, porque la grasa también es buena para el organismo, las grasas también influyen en el metabolismo que tiene el hombre pues, ayuda al metabolismo a que se realicen todas sus funciones, por ejemplo con la papa el almidón, el almidón que ayuda a no me acuerdo a qué células a que se, se produzcan y también pues a, uno que está bien alimentado, una alimentación sana también ayuda a que el cuerpo produzca anticuerpos pues no permiten que otros, que otros, que virus o algo entren o se enfermen pues, una alimentación también, es el cuadro básico de alimentación que tiene, por ejemplo dicen que la zanahoria es muy buena para la vista porque tiene vitaminas, no me acuerdo cómo es la vitamina B12 ó B, cosas así pues, dependiendo.”</i>
Cristina (AF)**	<i>“Que debes de comer frutas, verduras, pollo, carne, cereales... () Se supone que debe comer más cereales, en seguida lo que son carnes, pollo, todo eso, y luego frutas y verduras, creo y al final grasas.”</i>
Azucena (SA)*	<i>“Pues tener un como, ¡ay!, pues, por ejemplo, mantenerse mas o menos dentro de los márgenes, no sobre pasarte con la grasa, con los azúcares, todo eso, almidones, no sé, que mas.”</i>
Fabricio (SA)*	<i>“Sería con, o sea, no comer poquito porque también lo necesitas, comer bien, pero, dejar un poco las grasas, aceite, pero comer normal comida pero con verdura, comer, entre comidas necesitas comer algo también, eso es lo que sé.”</i>

* SA: Sin antecedente familiar de DM.

**AF: Antecedente familiar de la enfermedad.

ANEXO 5
Ideas sobre la alimentación saludable.

Nombre	Definición de las dietas y género.
Santiago (SA)*	<i>“En qué es lo que vas a ingerir, si estás gordita pues reducir grasas, reducir colesterol y todo eso.”</i>
Miguel (AF)**	<i>“Pues, o sea, es que también, yo no empiezo por decir dieta pues depende, una dieta saludable, equilibrada pero si saludable pero no de privarte a comer ciertas cosas por estar delgada creo que ya no es saludable.”</i>
Azucena (SA)*	<i>“Pues, según yo, no excederte pues con muchas cosas como las harinas, el azúcar, las grasas, comer de todo pero moderado.”</i>
Cristina (AF)**	<i>“Para mí una dieta es el, no es el dejar de comer o el, para muchas gentes mencionas la palabra dieta y es el dejo de comer y bajo de peso, para mí no, para mí el llevar una dieta es el comer las veces que debes de comer en el día y comer bien, no comer menos sino comer mejor.”</i>
Dinora (SA)*	<i>“Yo tengo conocimiento de que una dieta ideal era poder balancear frutas, verduras, pollo, carne, pescado durante la semana pero en mi caso la carne queda eliminada además de algunas frutas entonces, yo sí trato de que a veces como pollo, a veces como pescado, durante todas esas comidas hay verdura y trato de que al rato comerme alguna fruta, o sea, conseguir alguna fruta.”</i>

* SA: Sin antecedente familiar de DM.

**AF: Antecedente familiar de la enfermedad.

ANEXO 5
Ideas la alimentación saludable.

<i>Nombre</i>	<i>Comidas saludables</i>	<i>Alimentos no saludables</i>
Fabricio (SA)*	<i>“Comidas buena, por ejemplo seria un pollo con verdura, un pollo asado o pollo en caldo, un caldo de verdura con poca carne, ¿qué sería lo otro?, una ensalada, alguna sopa fría, no sé como se llama, una comida que tiene media crema y ¿qué?, no sé, ah si, chile y cebolla, se ve medio raro pero está bien bueno, ah, va acompañada con arroz”</i>	<i>“¿Comidas malas? De hecho ni comida sería para matar el hambre, unas Sabritas con aguacate, ¿qué otra cosa sería?, un pan, pan de dulce o pan Bimbo como que sólo pues como que no, y eso sería.”</i>
Carmen (AF)*	<i>“Están las verduras, están las frutas, las carnes que no sean rojas, y así los alimentos malos, yo consideraría que las carne roja, pero también son buenas pero si estas consumiendo casi diario, varia veces a la semana yo digo que si tiene alto riesgo de padecer alguna enfermedad, no nada más de diabetes, puede ser de otra cosas, por el colesterol que pueda traer.”</i>	
Cristina (AF)*		<i>“Qué no son sanos, por ejemplo hamburguesas, pizzas, sabritas, sodas, café, los tacos de cabeza, yo considero que el menudo aunque digan que no... () Muchos alimentos enlatados también, esta bien consumirlos, pero si los consumes en demasía, como todo, te va hacer daño.”</i>
Franco (AF)*		<i>“La harina, mucha carne, mucho hace daño, más la de puerco... () La comida chatarra, las Sabritas y todas esas cosas, las golosinas también muchas no son buenas... () Las grasas.”</i>

* SA: Sin antecedente familiar de DM.

**AF: Antecedente familiar de la enfermedad.

ANEXO 5
Ideas sobre la alimentación saludable.

Nombre	Alimentos no saludables
Dinora (SA)*	<p><i>“Pues yo digo que sí, bastante poco sano, porque pues es todo artificial, luego más todo el cochinerero que le echan, eh, chamoy, que digo sí de vez en cuando, alguna vez me los comía yo también pero sí se me hace como que, absolutamente no tiene nada de sano.”</i></p> <p><i>“Alimentos que llevan demasiado aceite, alimentos, en mi caso pues el chocolate y la carne, los alimentos congelados se me hace que no son, no muy buenos que digamos, los preparados en la calle pero que se note que no hay una muy buena limpieza.”</i></p>

* SA: Sin antecedente familiar de DM.

**AF: Antecedente familiar de la enfermedad.

ANEXO 5
Nociones sobre diabetes.

Nombre	Definición de diabetes	Causas
Fabricio (SA)*	<i>“En eso estoy confundido, no estoy muy seguro la verdad, de lo que sé que no se cura que se controla si no me equivoco, y que, creo no estoy muy seguro, que tiene que ver con la sangre... () Y lo que si sé que necesitas inyectarte diariamente, no sé si insulina o algo así, pero si pienso que me puede dar, porque he visto en la tele a un chamaquito que si se inyectaba.”</i>	<i>“No sé, me imagino tengo la idea, por, he escuchado el azúcar, no sé, no estoy seguro... () Esto lo voy a poner de mi cosecha pero si una alimentación no sé, por exceso de grasa, no sé, no estoy seguro.”</i>
Dinora (SA)*	<i>“Enfermedad que se puede controlar, o sea que puedes tomar medidas para que no avance tanto y que hay ahorita buenas eh, como que medicamentos que te pueden ayudar a controlarla y que es una enfermedad que te obliga a ser un poquito más como que organizada en el tiempo en el que, lo que, a qué horas vas a comer, los alimentos que tienes que llevar, o sea es todavía más rígida los alimentos que puedes comer, no puedes comer todo y tienes pues que como que seguir una buena dieta, te obliga también a ser un poquito más responsable de lo que haces de cuidarte tanto de que no presiones mucho de que tengas cuidado en no hacerte daño.”</i>	
Santiago (SA)*	<i>“Mmm, quien sabe, lo que sé es que se les sube mucho el azúcar, eso es lo único que sé.”</i>	<i>“Pues creo que en parte es hereditario y parte la alimentación, no sé, como te digo no estoy relacionado ni me pudiera afectar, no creo, no me, no le pongo.”</i>
Azucena (SA)*		<i>“Pues puede ser por herencia de la familia, no, que toda la familia lo haya tenido, o por los hábitos de las mismas personas, que tenga, por los hábitos de alimentación, no sé por que más... () No hacer ejercicio, este, pues una dieta alta en azúcares... () “Pues a la gente que come mucha azúcar, mucha grasa, harinas refinadas, o algo así”</i>

* SA: Sin antecedente familiar de DM.

**AF: Antecedente familiar de la enfermedad.

ANEXO 5
Nociones sobre diabetes.

Nombre	Causas	Complicaciones
Carmen (AF)**	<i>“Hereditaria, eh, un susto o también puede ser la alimentación que coma mucha carne, eh, sodas, se me hace que esas son, pueden ser... () He escuchado por ejemplo que aquí, más aquí en Sonora que las personas comemos mucha carne, sí están mucho más propensas a tener esa enfermedad pues, porque he escuchado en la tele que aquí en Sonora, en la parte del norte pues que hay mucha más población diabética que en otras partes del país.”</i>	<i>“Lo único que escuchaba así es que podía darle ceguera en el ojo algo así, o creo que tiene cataratas.”</i>
Franco (AF)**	<i>“Pues principalmente pues, para empezar una mala alimentación... () Pues yo creo, no sé, es que no conozco muy bien eso pero... () Que la, pues a ver, que te iba, aparte de la mala alimentación y eso se me figura que el estrés también, el estrés muchas veces, el estrés o por ejemplo la azúcar arriba o abajo, la presión alta y la baja pues, las dos son iguales de malas.”</i>	
Santiago (SA)**		<i>“Morirse... () Creo que le afecta la vista... () Se había muerto en esas fechas un señor de diabetes en la iglesia ni lo conocía ni nada pues, de eso se había, como que le bajan las defensas no sé qué y este ya pues.”</i>
Miguel (AF)**		<i>“Ejemplo que las persona puede perder la vista y sé que muchas heridas no cicatrizan y se les infecta, que a muchos le llegan amputar la piernas, eso es lo que sé.”</i>

* SA: Sin antecedente familiar de DM.

**AF: Antecedente familiar de la enfermedad.

ANEXO 5
Imaginario sobre las enfermedades y jóvenes.

Nombre	Valoración de la cercanía de la diabetes	Jóvenes y enfermedades
Azucena (SA)**	<p><i>“No, porque en la familia no hay una persona que tenga diabetes, porque me hice la prueba, y no me salió... () Pues por herencia no, quién sabe si me podría pasar por, por la alimentación o cosas así pero yo creo que no.”</i></p>	
Miguel (AF)**	<p><i>“Pues por alimentación no pero por lo demás si, no sé si por beber también (risas) o por ser sedentario y pues por tomar y fumar... () Yo creo que si aparte por la herencia también, yo lo que más pienso que influye es la alimentación en la diabetes.”</i></p>	
	<p><i>“Por lo general uno imagina al joven saludable sin ninguna enfermedad sería pero sé que puede haber.”</i></p>	
Santiago (SA)**		<p><i>“¿De qué se enferman?, de mi edad, de gripa, de la garganta, de, pues los muy, de estos, de infecciones, los que practican el sexo, infecciones, lo que sea, no sé, no, no entiendo mucho de eso, que son más propensos a eso.”</i></p>
Cristina (AF)*		<p><i>“De gastritis, alergias, gripas, colitis, diarrea.”</i></p>
Carmen (AF)*		<p><i>“Pues más adelante, cuando toman mucho, pues a la mejor una enfermedad del estómago o el hígado... () Del estómago, que les duele la cabeza, eso.”</i></p>

* SA: Sin antecedente familiar de DM.

**AF: Antecedente familiar de la enfermedad.

ANEXO 5
Imaginario sobre las enfermedades y jóvenes.

Nombre	Valoración de la cercanía de la diabetes	Jóvenes y enfermedades
Azucena (SA)**	<p><i>“No, porque en la familia no hay una persona que tenga diabetes, porque me hice la prueba, y no me salió... () Pues por herencia no, quién sabe si me podría pasar por, por la alimentación o cosas así pero yo creo que no.”</i></p>	
Miguel (AF)**	<p><i>“Pues por alimentación no pero por lo demás si, no sé si por beber también (risas) o por ser sedentario y pues por tomar y fumar... () Yo creo que si aparte por la herencia también, yo lo que más pienso que influye es la alimentación en la diabetes.”</i></p> <p><i>“Por lo general uno imagina al joven saludable sin ninguna enfermedad sería pero sé que puede haber.”</i></p>	
Santiago (SA)**		<p><i>“¿De qué se enferman?, de mi edad, de gripa, de la garganta, de, pues los muy, de estos, de infecciones, los que practican el sexo, infecciones, lo que sea, no sé, no, no entiendo mucho de eso, que son más propensos a eso.”</i></p>
Cristina (AF)*		<p><i>“De gastritis, alergias, gripas, colitis, diarrea.”</i></p>
Carmen (AF)*		<p><i>“Pues más adelante, cuando toman mucho, pues a la mejor una enfermedad del estómago o el hígado... () Del estómago, que les duele la cabeza, eso.”</i></p>

* SA: Sin antecedente familiar de DM.

**AF: Antecedente familiar de la enfermedad.

ANEXO 5
Imaginario sobre las enfermedades y jóvenes.

Nombre	Factores asociados a la presencia de la diabetes	Convivencia con el diabético y prevención
Miguel (AF)**		<i>“Vivir la enfermedad de tu papá, lo que pasa que si mi apá estuviera cansado o que hubiera estado mucho tiempo en cama, yo creo que los hijos si hubieran tomado conciencia, pero por ejemplo en mi caso yo no sabía que tenía diabetes y sé que murió del corazón pero nunca lo vi mal, yo creo que depende mucho de la situación.”</i>
Santiago (SA)**		<i>“Que la vean en ellos o en su papá que se lo está llevando la tristeza y es por eso y yo soy propenso entonces... () Sí como que ya le pones más ojo, pero supongo ¿no?, son teorías mías que no, no me ha tocado así ver a hijos de diabéticos jah yo me cuido!”</i>
Azucena (SA)**	<i>“Las que tienen familia, las personas que consumen mucha grasa, mucha azúcar, que, ya dije la familia, ¿no?, que, disponibilidad, no sé que más.”</i>	
Franco (AF)*	<i>“Pues, pues principalmente, pues quien sea ¿no? Pero principalmente los hijos o nietos de personas con esta, con diabetes.”</i>	

* SA: Sin antecedente familiar de DM.

**AF: Antecedente familiar de la enfermedad.

ANEXO 6

Menú del comedor universitario (Semestre 2005-01)

Menú

10.00	BEBIDAS	10.00
13.00	Agua 1 ½ litro	7.00
20.00	Agua 1 litro	5.00
15.00	Agua 800ml	5.00
12.00	Café	6.00
9.00	Café con leche/crema	5.00
15.00	Jugo Ami	12.00
13.00	Jugo de naranja natural	8.00
11.00	Jugo Jumex Nectar	5.00
7.00	Jugo Bida	8.00
8.00	Jullight	7.00
8.00	Leche con chocolate/fresa	6.00
17.00	Soda de bote	7.00
15.00	Soda de botella	7.00
9.00	Soda light de bote	8.00
11.00	Sport de Jumex	5.00
7.00	Té caliente	10.00
5.00	Jugo de naranja natural	
16.00		
8.00	VARIOS	5.00
16.00	Nachos, chetos, dortos, fritos y crujilos	6.00
22.00	Rufes, sabritas sabores y tostitos	4.00
17.00	Barra Quaker	4.00
16.00	Barrita de frutas	4.00
	Galleta Avena	4.00
	Barra (multigrano, siluet, doble fibra, bran fruit)	4.00
	Toalla Sanitaria Kotex	2.00



COMIDAS

Burro de frijoles	7.00	Orden de papas fritas
Burros de barbacoa y frijoles	18.00	Orden de papas fritas con queso
Cereal con leche	11.00	Orden de 2 tamales con frijoles
Chilaquiles	17.00	Pizza pan con champiñones
Chimichanga con frijoles	15.00	Pizza pan con jamón
Comida del día	27.00	Quesadilla y frijoles
Ensalada fresca	15.00	Sándwich de atún
Fritos Azteca	5.00	Sándwich de jamón y queso
Fritos Azteca con verdura	7.00	Sincronizada y frijoles
Hamburguesa con queso y papas fritas	22.00	Sopa instantánea
Huevos con chorizo	18.00	Tamal de carne individual
Huevos con jamón	18.00	Tamal de elote individual
Huevos con salchicha	18.00	Torta de barbacoa
Mollete	7.00	Torta de jamón y queso
Mollete con Champiñón	10.00	Tostitos con verdura
Mollete con chorizo	9.00	Tostitos con queso y verdura
Muffin gigante	7.00	Yogo Creme
Nachos con frijoles, queso y jalapeños	13.00	Yogurth
		Yogurth con granola y miel
		Yogurth para beber
		Yogurth con fruta, granola y miel
		Ensalada fresca con Pollo
		Huevo con verduras
		Huevo Revuelto



ANEXO 7

Fecha ___/___/___/

Consentimiento informado.

La representante de este trabajo, me ha invitado a participar voluntariamente en el proyecto de investigación "*Representaciones Sociales de las prácticas de auto-cuidado de la salud, de estudiantes universitarios, hijos de diabéticos*". Cuyo objetivo es conocer las Experiencias y significados relacionados a las actividades en el cuidado de la salud en general y nociones sobre diabetes.

Al igual que yo participarán otros jóvenes con características similares, a los cuales se les entrevistará de manera individual. Mi colaboración consiste en participar de manera individual en dos o tres sesiones. Las sesiones serán grabadas para su análisis posterior. Todos los comentarios, opiniones serán utilizados para el desarrollo de esta investigación. Por tal motivo se han comprometido a guardar confidencialidad en la información.

Me han informado que el trabajo de investigación tiene el objetivo principal de realizar una tesis de Maestría en Ciencias Sociales, con especialidad en salud del Colegio de Sonora.

Antes de dar mi consentimiento al firmar este documento, manifiesto que me han sido explicados los objetivos y metas del estudio. Por otro lado mis preguntas han sido aclaradas y de surgir alguna otra posteriormente, se me ofrecen datos para localizar a la investigadora, en la copia del consentimiento que me ha sido entregada.

Firma participante.

Firma del representante.

Celene Aguilar Rodriguez, estudiante de la Maestría en Ciencias Sociales del Colegio de Sonora. Para cualquier duda o comentario comunicarse al correo electrónico caguilar@posgrado.colson.edu.mx y al teléfono (6621) 12-28-01

ANEXO 8

Representaciones Sociales de las prácticas de auto-cuidado de la salud, de
estudiantes de psicología.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

- Nombre:
 - Edad:
 - ¿Vive con su familia?: sí: ___ no: ___
 - Si no vive con su familia, ¿con quién vive?

 - ¿Dónde se atiende mi familia principalmente?
Hospital General: ___ CAAPS (Materno): ___
IMSS: ___ ISSSTE: ___ ISSSTESON (Chávez): ___
Centro de salud (Lomas de Madrid, Zapata, etc.): ___
Médico particular: ___ Otro: ___ Especifique: _____

 - Quiénes de mis padres tienen diabetes:
Mamá ___ Papá ___ Ambos ___ Ninguno ___
 - Cuánto tiempo tiene(n) mi(s) padre(s) con la enfermedad:
Diabetes: _____ años

 - Cuáles son las complicaciones que ha(n) tenido:
- Localizarme en:
- Dirección:

 - Teléfono particular: _____ Celular: _____
 - Dirección electrónica.
 - Horarios en los que puedes localizarme:

Toda información contenida en esta ficha será utilizada para la realización del proyecto Representaciones Sociales de las prácticas de auto-cuidado de la salud, de estudiantes de psicología que será mi tesis de la Maestría en Ciencias Sociales con especialidad en Salud de El Colegio de Sonora. Por tal motivo nos comprometemos a guardar confidencialidad de la información.

CELENE AGUILAR RODRÍGUEZ.

Celene Aguilar Rodríguez