



MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES

**Las cuidadoras de niños y niñas con diagnóstico de obesidad en Hermosillo, Sonora:
Un estudio cualitativo con población atendida en la CONHIES**

Tesis presentada por
Javier Iván Quintana Torres

Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Sociales
en la línea de investigación Estudios Socioculturales de Salud

Directora de tesis:
Dra. Patricia Aranda Gallegos
Comité de tesis:
Dra. Catalina A. Denman Champion
Dra. Monserrat Amada Salas Valenzuela

Para mis familias, las dos.

Para Aurora, porque sé que siempre creíste en mí.

Para Javier; sí se puede lograr.

Para mi Fher, para que te sientas más orgullosa de tu hermano.

Y para la vocación con la que nací y moriré: trabajo social.

Agradecimientos

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el financiamiento recibido para cursar la Maestría en Ciencias Sociales; a El Colegio de Sonora, por los recursos aportados para el desarrollo de este trabajo, desde sus comienzos y durante el trabajo de campo y la elaboración de análisis; a la dedicación y esfuerzo del núcleo académico de la institución y al personal administrativo, que permitieron aprovechar la gran oportunidad que representa formar parte de su comunidad.

Doy las gracias a mi directora de tesis, la doctora Patricia Aranda, por la atención, el entusiasmo y la paciencia con los que me acompañó en este proceso arduo de aprendizaje, y sobre todo por su generosidad al mostrarse siempre dispuesta a compartir su tiempo y conocimiento.

Extiendo mi gratitud también a la doctora Monserrat Salas, pues sus observaciones y recomendaciones como lectora externa me permitieron afinar la parte inicial de una madeja cuyo inicio no encontraba, y que fue fundamental para la investigación que aquí se presenta; de igual manera.

A la doctora Catalina A. Denman, quien orientó y alentó a seguir trabajando cada coloquio y de quien me siento grato por mostrarme los conocimientos y herramientas que con base en sus logros permitieron aconsejarme, darme ánimos y entusiasmo para finalizar esta etapa.

Me siento especialmente agradecido con el personal del Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES), sobre todo con el Mtro. Jaime Gabriel Hurtado Valenzuela, quien creyó

en un servidor y confió en que este estudio sería bueno para ellos. Por su actitud y su servicio, gracias; espero no defraudarle en el intento.

En ese orden de ideas, reitero nuevamente el agradecimiento al personal del HIES, pero en particular enormemente la amistad de la licenciada Alejandra Quijada, nutrióloga, quién me permitió entrar en su cotidianidad hospitalaria, conocer su actuar y, mayormente, su trato hacia quienes acudían a CONHIES. De igual forma, a Kenia y Almita, quienes fueron mis alegrías en cada ida al hospital y con quienes me identifiqué mucho. Tres mujeres luchadoras, tres mujeres inquebrantables.

Agradezco a los integrantes de ocho familias, que me permitieron entrar a su cotidianidad para conocerlos en cuanto a atención se refiere; por su trato amable y por la apertura a regresar cuando esto finalizara. Por ustedes es que esto se culminó. Ustedes son mis maestros.

Gracias igualmente a mis compañeras de la línea de estudios socioculturales, por todo lo que aprendí en la convivencia cotidiana de horas y días, de cafés, de reuniones y de comidas. Sobre todo de comidas; siempre serán mis *ñoñas* privilegiadas: Elena, Karla, Liz, Ismene y Yanira; gracias por ser mi apoyo, mis críticas favoritas, mis confidentes, mi familia hermosillense.

Finalmente, agradezco a Miguel Meza, por su compañía, apoyo, y cariño incondicional, por estar allí cuando todo era nublado y cuando quería desistir; por alentarme a seguir y creer en mí cuando yo no lo hacía, por enseñarme a vivir, amando los días.

Glosario de siglas

AGEB:	Áreas geoestadísticas básicas.
CAUSES:	Catálogo Universal de Servicios de Salud.
CDC:	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades.
CONHIES:	Clínica de Obesidad y Nutrición del Hospital Infantil del Estado de Sonora.
DIF o SNDIF:	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
ENSANUT:	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
GD:	Grupo doméstico.
HIES:	Hospital Infantil del Estado de Sonora.
IDS:	Índice de desarrollo social.
INEGI:	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
INFONAVIT:	Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores.
IMC:	Índice de masa corporal.
IMSS:	Instituto Mexicano del Seguro Social.
ISSSTE:	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
ISSSTESON:	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
PDSS:	Población derechohabiente a servicios de salud.
PESS:	Población específica con IMSS, ISSSTE o ISSSTE estatal.
RS:	Representaciones sociales.
SB:	Servicios básicos: luz eléctrica, agua entubada y drenaje.
SCINCE:	Sistema para la Consulta de Información Censal.
SMNG:	Seguro Médico para una Nueva Generación.
SP:	Seguro Popular.
SSN:	Servicios de segunda necesidad: línea telefónica móvil y fija, internet y computadora.

Índice

Introducción.....	4
Capítulo I. Planteamiento del problema	9
Justificación	11
Pregunta de investigación.....	12
Objetivos.....	13
Supuestos de trabajo	14
Capítulo II. Antecedentes	15
Nociones biomédicas sobre la obesidad	16
Nociones culturales y sociales sobre la obesidad	20
El modo de vida en la atención a la obesidad.....	22
Los principales actores involucrados en el proceso de atención a la obesidad	24
Capítulo III. Marco teórico referencial conceptual	31
Las representaciones y prácticas sociales	31
Antropología médica crítica y su relación con la obesidad	34
Autoatención, ¿el primer nivel en la atención a la obesidad?	40
La perspectiva de género	42
La participación del niño y la atención a la obesidad.....	45
Capítulo IV. Marco contextual	50
La obesidad como problema de salud pública.....	50
El problema de obesidad en México.....	51
La situación estatal y local en Hermosillo.....	52
CONHIES: Un espacio de atención en Hermosillo	58
Capítulo V. Marco metodológico	59
Consideraciones éticas en el estudio	67
Capítulo VI. La atención en la CONHIES, un espacio médico en Sonora	71
El proceso de entrada a CONHIES	71
Nutrición. La consulta externa.....	72
Estudio sombra. Observación no participante en la CONHIES.....	77
La consulta en la CONHIES	78
Capítulo VII. Los casos	87
Los Acosta Fernández	88

Los Yáñez Téllez	90
Los Durán Fonseca	93
Las Escalante	96
Los Kirov Segovia	98
Los Íñiguez Hinojos	100
Los Lugo Ochoa	102
Los Jiménez León	105
Capítulo VIII. Dinámicas de cuidado y rutinas domésticas de la atención a la obesidad	109
Dinámicas en los grupos domésticos.....	109
La vivencia diaria de la atención a la obesidad	120
Los elementos de la atención en los grupos domésticos	130
Los elementos de la atención en CONHIES	140
La participación de los niños y las niñas en la atención a la obesidad	151
Capítulo IX. Nociones sobre la atención a los niños y las niñas en el hogar	157
Las nociones sobre salud, enfermedad y atención. Un acercamiento a la obesidad desde la experiencia de las cuidadoras y los cuidadores.	158
Nociones sobre obesidad	169
Nociones sobre causalidad.....	171
Nociones sobre identificación. Signos y síntomas	174
Nociones de diagnóstico.....	177
Capítulo X. Conclusiones y comentarios finales.....	185
Las dinámicas de atención en el hogar	185
La participación del niño en el proceso de atención.....	189
El género y el proceso de atención a los niños y las niñas con obesidad	189
Las nociones de salud, enfermedad y atención.....	191
Referencias documentales	196
Anexos	204
Anexo 1. Tablas para calcular IMC para niños y niñas utilizadas en la CONHIES.	204
Anexo 2. Recorrido metodológico.....	206
Anexo 3. El proceso de entrada al Hospital Infantil del Estado de Sonora.....	211
Anexo 4. Guía de observación en CONHIES.....	212
Anexo 5. Guía de entrevista semiestructurada	213
Anexo 6. Hoja de información para participantes	214

Anexo 7. Consentimiento informado para participantes217

Introducción

En el presente trabajo se describen y analizan las representaciones sociales y las prácticas de atención hacia niños y niñas¹ con obesidad, por parte de quienes son responsables de su cuidado cotidiano en sus hogares, y que entre 2013 y 2015 acudieron a la Clínica de Obesidad y Nutrición del Hospital Infantil del Estado de Sonora (CONHIES), para que los niños y las niñas fueran atendidos por su condición de obesidad, la cual se cataloga biomédicamente como enfermedad.

La importancia de estudiar a las cuidadoras y los cuidadores de quienes tienen esta condición se ha documentado para otros tipos de enfermedades y de poblaciones; como ejemplo se pueden citar los trabajos de Robles (2001, 2004), Barragán (2007), Martínez et al (2009), Guerrero y Rojas (2009) y Vargas (2010). Pero poco se ha trabajado sobre su papel en la atención a infantes con diagnóstico de obesidad, donde juegan un papel muy importante en las prácticas cotidianas de alimentación y de actividad física. Las condiciones y aspectos sociales que enfrenta la madre, el padre o la persona encargada de su cuidado constituyen el primer nivel de atención de esta problemática reconocida como de salud pública por sus dimensiones.

En este sentido, el estudio tiene la particularidad de hacer visibles los retos y dificultades a los cuales se enfrentan las cuidadoras y los cuidadores de niños con obesidad, dado que están al frente de la atención constante, por lo que sus prácticas de cuidado y atención serán acciones

¹ Aclaro que lo largo de este trabajo podrá resultar cansada la lectura al nombrar “las niñas y los niños” o “las cuidadoras y los cuidadores” pues para mí la forma de visibilizar a la mujer y al hombre es sólo nombrándoles, por lo que evitaré generalizar con la palabra **niño, sujeto, cuidador**, de ser así quiero disculparme y hacer ver que la utilizo de manera incluyente.

dentro de los grupos domésticos que busquen, con mayor o menor eficacia, el desarrollo y la calidad de vida de los niños y las niñas.

Por otro lado, conocer la cotidianidad de los grupos domésticos también permite visualizar cómo llevan a cabo las recomendaciones nutricionales y sociales que se les hacen desde un espacio médico, en este caso CONHIES. El estudio se enfocó en la población que fue atendida en dicha clínica. Se buscó documentar y analizar la manera en que impacta este tipo de atención biomédica; reconocer sus alcances y limitaciones desde la perspectiva de quienes conviven de manera cotidiana con los niños y las niñas, que son personas que tratan de aplicar las recomendaciones que el personal de salud les hace en la clínica y a quienes llamamos cuidadores y cuidadoras. De allí la importancia de conocer detalladamente la práctica de atención en dicha clínica, sin pretensiones de evaluación.

Para cumplir con los objetivos de la investigación, se llevó a cabo un estudio exploratorio y descriptivo con métodos cualitativos que documentaron las narrativas de las personas que cuidan y atienden en sus hogares a niños y niñas con problemas de obesidad. Estas narrativas se obtuvieron durante entrevistas semiestructuradas realizadas a las cuidadoras y los cuidadores de los niños y las niñas con obesidad, lo que permitió conocer las acciones que llevan a cabo para atender la situación de salud de los niños y las niñas, así como las posibilidades que les ofrecen su rutina y su entorno social para contribuir con la mejora del estado de salud de los niños y las niñas.

Se realizó un ejercicio de observación directa para explorar la forma de atención biomédica² en la clínica y conocer de primera mano aspectos de la relación médico-paciente.³ Esta observación permitió comprender la percepción de las cuidadoras y los cuidadores acerca del espacio médico y su forma de atención. Asimismo, la información documental disponible en la clínica permitió seleccionar los grupos domésticos a entrevistar, de acuerdo con las prácticas de atención biomédica registradas en los expedientes.

El primer capítulo de esta tesis presenta el problema de investigación, la justificación y las preguntas, así como los objetivos y supuestos de este trabajo.

El segundo capítulo expone el estado de la cuestión, los antecedentes en cuanto a los estudios que han abordado el tema de la atención de la obesidad infantil. Al final del capítulo se presentan algunos estudios que se han realizado con cuidadoras, que aunque no se refieran a la obesidad, ofrecen el panorama necesario para comprender a las cuidadoras y los cuidadores de niños y niñas con obesidad como los principales sujetos de este estudio.

En el tercer capítulo se analizan y definen los conceptos principales que dan luz a la información que brindaron las cuidadoras y los cuidadores: a) las representaciones y prácticas sociales, b) la antropología médica y las nociones de enfermar y padecer, c) la autoatención

² “Se trata del predominio de un modelo de atención sanitaria que responde a interpretaciones clínicas y biológicas del fenómeno y la problemática en salud, el llamado ‘modelo biomédico’ desde el que se ha venido trabajando en las instancias de gobierno, definiendo prácticas y estrategias de actuación centradas en la disfunción del cuerpo humano, ya sea a nivel de la atención al cuerpo del individuo, o bien en términos de una idea de colectividad que se basa en la suma de cuerpos enfermos” (González 2008).

³ “La interacción cara a cara que se establece entre el médico, quien pone en juego su capacidad técnica y su formación profesional en la atención del individuo con algún problema de salud, y el/la paciente, quien demanda la atención” (Castro 2008).

como primer nivel de atención/cuidado y d) la perspectiva de género como elemento necesario en los estudios socioculturales. Finalmente, se habla de la participación de los niños y las niñas en los procesos de atención hacia la obesidad.

En el capítulo cuatro se documentan las formas en que se ha estado atendiendo la situación de la obesidad, desde panoramas nacionales hasta estatales y locales, como es el caso de CONHIES.

En el capítulo cinco se presentan las estrategias de investigación que fueron utilizadas para abordar el trabajo de campo. Asimismo, se presenta un apartado donde se conocen las consideraciones éticas necesarias para realizar este estudio.

En el capítulo seis se describe el espacio médico en cuyas instalaciones se realizó una parte de la práctica de campo, con la finalidad de conocer cómo funciona un modelo de atención, como el biomédico, que ha tenido un fuerte énfasis en el tratamiento de la obesidad a través de la medicalización reciente de la misma.

En el capítulo siete se hace una descripción de los casos que estudiados para este trabajo; se conocieron su rutina, sus prácticas y sus nociones sobre atención a la obesidad. Se trata de ocho grupos domésticos en los que viven las cuidadoras y los cuidadores de niños y niñas con diagnóstico de obesidad.

El capítulo ocho desarrolla las diversas dinámicas que se viven respecto a la atención de los niños y las niñas con obesidad, entre las cuales se encuentran las prácticas de alimentación y de actividad física, así como los elementos presentes en la atención que reciben en CONHIES. De igual manera se señala la participación de los niños y las niñas dentro de este proceso de atención.

El capítulo nueve analiza las representaciones sociales que sobre la salud, la enfermedad y la atención a la obesidad -incluyendo su definición, identificación y causalidad- presentan las cuidadoras y los cuidadores que participaron en este estudio. En este capítulo se explica lo que es “autoatención ampliada”, donde se muestran las diversas formas en que las cuidadoras y los cuidadores manifiestan la atención a la obesidad, y deja ver los elementos presentes dentro de la misma y las prácticas sociales que llevan a cabo para la situación de salud que presentan los niños y las niñas.

Finalmente, en el capítulo diez se muestran los hallazgos de este estudio, los comentarios generales y las recomendaciones que pueden contribuir a mejorar la atención a niños y niñas que presentan obesidad, tanto en el ámbito doméstico como en el clínico especializado.

Capítulo I. Planteamiento del problema

Este estudio reconstruye las representaciones sociales y las prácticas sobre la atención a través de las nociones⁴ de quienes cuidan en sus hogares a niños y niñas de entre seis y doce años de edad que recibieron atención biomédica por obesidad en CONHIES entre 2014 y 2015. Es un estudio exploratorio que se enfoca en ocho casos que tienen en común la búsqueda de atención en una institución pública biomédica y que describe las prácticas de atención en los respectivos hogares, en la que se consideran las diferencias de género.

En este trabajo se entiende obesidad como un proceso que tiene una fuerte determinación social. Su integración a la clasificación internacional de enfermedades es reciente y no está exenta de polémicas respecto de las implicaciones que tiene en el acceso a la atención y seguridad privada o en los procesos de etiquetación. Para Conrad (1982), las sociedades industriales modernas trajeron consigo un fuerte predominio de la medicalización de la anormalidad y la asunción de la medicina en su función de control social (Orellana 2014).

Conrad (1982) habla sobre la medicalización, los modos de definir y etiquetar los comportamientos anormales como problemas médicos, es decir, como enfermedades, y estigmas, palabra que se ha venido a utilizar para llamar a una serie de situaciones, acciones, percepciones deshonrosas para lo que la mayoría de la población considera tolerable, normal o lo que no, es decir, las personas estigmatizadas representan, para todo el conjunto de las normas y valores de una sociedad, lo indeseable, lo que merece ser rechazado según Goffman (1989) además que se

⁴ El término de nociones se utiliza en esta tesis como un elemento que conforma a las representaciones y prácticas sociales, y me permite conocer lo que los y las cuidadoras piensan y hacen respecto al cuidado de los niños y niñas con obesidad.

pueden reforzar al contar con un diagnóstico clínico que enfatiza la condición de los niños y las niñas como enfermos y obesos.

El estudio se enfoca en documentar cómo es y cómo influye la atención biomédica a partir de las nociones de las cuidadoras y los cuidadores de los niños y niñas que tienen este diagnóstico; por lo que es preciso ubicar conceptualmente dichos cuidados.

En ese sentido Menéndez (2005) señala que la autoatención “constituye una actividad constante, aunque intermitente, llevada a cabo a partir de los propios sujetos y grupos en forma autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a las otras formas de atención”; aclara además que ésta se entiende como “las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención”.

Así la alimentación y el ejercicio físico, no son solamente procesos biológicos y químicos, sino que también son prácticas sociales que tienen significados culturales y que forman parte de la manera en que se relaciona el ser humano en sociedad siendo estos elementos involucrados en la atención que brindan los y las cuidadoras de las niñas y los niños diagnosticados con obesidad.

Justificación

Para quien come muchos manjares, no faltarán enfermedades.

Esteban Moreno, Susana Monereo y Julia Álvarez

Sonora es uno de los estados en donde se presentan las mayores prevalencias de sobrepeso y obesidad en el país; la población infantil es una de las más afectadas (Meléndez, Cañéz, y Frías 2010). Se denomina obesidad a una situación de salud que tiene que ver con una relación de elementos físicos, sociales y culturales que repercuten en la constitución del cuerpo, y aunque el sobrepeso podría denominarse de manera similar, la diferencia entre ellos radica en la forma en que la biomedicina los ha catalogado a través de índices cuantitativos.

Algunas autoras y autores como Braguinsky (1997), Sánchez-Castillo et al (2004), Moreno y Alonso (2010) y Ocampo-Barrio y Pérez-Mejía (2010) definen a la obesidad de manera general como un incremento en el porcentaje del tejido adiposo corporal, y que constantemente, menciona el primero, “se acompaña de aumento de peso, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo”. Sánchez-Castillo et al y Moreno y Alonso agregan que hay enfermedades derivadas de este estado de salud: “Hipertensión, cardiopatías, dislipidemia, diabetes mellitus tipo dos, afecciones respiratorias, ortopédicas, psicológicas y ciertos tipos de cáncer”. Así, este “estado del cuerpo” detona serias deficiencias en la salud del individuo que la padece.

La obesidad ha sido abordada mayormente desde la biomedicina, pero con una fuerte etiología de carácter social, ya que se han descubierto pocas variantes genéticas que influyan en

el peso corporal, mientras que hay otras que no son genéticas y que requieren ser estudiadas como aspectos socioculturales. Por ejemplo, “cuando alguien enferma o presenta algún tipo de dependencia, dentro del sistema familiar”, dado que “suele haber una persona que asume las tareas de cuidado básicas, con las responsabilidades que ello implica, y que es percibida por el resto de la familia como tal, sin que generalmente se haya producido un acuerdo explícito en la familia para que sea esa persona quien asuma el papel de cuidador principal” (Pérez et al 2013). La mayoría de los estudios se enfoca en la atención a la tercera edad, a recién nacidos y lactantes o a personas con capacidades diversas, más el cuidado de niños y niñas con obesidad constituye una temática que no se ha abordado.

La necesidad de llevar a cabo estudios sobre las cuidadoras y los cuidadores radica en dar cuenta de su participación como actores en el proceso de la atención, ya que los estudios no se focalizan en las prácticas y representaciones sociales que ellos poseen; así, hace falta reconocer las tareas y actividades que llevan a cabo diariamente para acercarnos a la forma de entender y atender de quienes conviven con situaciones de salud que vulneran la condición de vida otros, en este caso, los niños y las niñas que padecen obesidad.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las representaciones y prácticas sociales de las cuidadoras y los cuidadores de niños y niñas en edad escolar que acudieron a la CONHIES en 2014 y 2015, sobre la atención a la obesidad, específicamente cuáles son las nociones sobre salud, enfermedad y obesidad; sus consideraciones sobre la participación de las niñas y los niños en el proceso de atención y cómo influyen las diferencias de género en su atención?

Preguntas específicas

- ¿Cuáles son las nociones sobre salud, enfermedad y obesidad de las cuidadoras y los cuidadores de niños y niñas que fueron atendidos y atendidas durante 2014 y 2015 en la CONHIES?
- ¿Cómo participan los niños y las niñas en las decisiones y prácticas de atención a la obesidad?
- ¿De qué manera las desigualdades de género se hacen presentes en el proceso de atención como facilitadores u obstaculizadores para la atención a esta situación de salud?

Objetivos

Objetivo general

Conocer, describir y analizar las representaciones y prácticas sociales de las y los cuidadores de niños y niñas con diagnóstico clínico de obesidad que recibieron atención en CONHIES en 2014 y 2015. Asimismo, documentar y analizar las desigualdades de género respecto a la atención y analizar cómo se refieren a la participación de los niños y las niñas en el proceso de atención a la obesidad.

Objetivos específicos

- Documentar la visión que tienen las cuidadoras y los cuidadores sobre la salud, la enfermedad y la obesidad de los niños y las niñas a quienes cuidan.
- Documentar las representaciones y prácticas sobre la atención de las cuidadoras y los cuidadores de niños y niñas con diagnóstico de obesidad con el fin de conocer la influencia y la adhesión al programa que ofrece CONHIES.

- Describir y analizar la participación de los niños y las niñas en el proceso de atención a la obesidad según la percepción de las cuidadoras y los cuidadores.
- Describir las desigualdades de género que se expresan en las narrativas de las cuidadoras y los cuidadores y documentar de qué manera impactan en las experiencias de los niños y las niñas en el proceso de atención.

Supuestos de trabajo

1. La atención biomédica impacta en las representaciones sociales y prácticas de atención de las personas que cuidan a niños y niñas con diagnóstico de obesidad y, sobre todo, medicaliza sus decisiones y prácticas de atención en alimentación y actividad física al acudir a consulta al hospital.
2. En la atención a la obesidad de niños y niñas en los hogares, la desigualdad de género juega un papel importante, tanto en las cuidadoras y los cuidadores como en los niños y niñas.
3. La forma de participar en la atención en el hogar tiene diferencias debido al género de los niños y las niñas.
4. La edad tiene un papel importante porque incluye etapas de la vida muy distintas, niñez y adolescencia, que influyen en el abordaje de la obesidad por parte de las cuidadoras y los cuidadores y los mismos niños y niñas.

Capítulo II. Antecedentes

La obesidad es una situación de salud que requiere de diversas fuentes para su explicación y, por lo tanto, para su cuidado. De acuerdo con Haro (2011), el análisis de la atención a la obesidad requiere del estudio de las relaciones entre distintos actores sociales, como las cuidadoras y los cuidadores, los niños y las niñas y el personal de salud, y aunque este trabajo parte de la inquietud de abordarlo con un enfoque relacional, se centra principalmente en las cuidadoras y los cuidadores, y considera que la obesidad es un problema de salud multicausal, multidimensional y complejo que se relaciona con elementos socioculturales.

Existe literatura sobre la obesidad desde diversas disciplinas, pero es escasa la que habla sobre los aspectos socioculturales de las cuidadoras y los cuidadores de niños que presentan obesidad. Es por esto que Pérez Gil (2009) señala que es importante abordar el problema de la obesidad no desde una sola perspectiva, sino “transitar por otras áreas del conocimiento y así procurar la contextualización y la integración de distintos saberes que propicien mejores condiciones para comprender el objeto de estudio”.

Desde la antropología médica, Menéndez (2008) señala la necesidad de considerar en los procesos de salud/enfermedad/atención, además de los aspectos sociales, los culturales, económicos-políticos, biológicos y ecológicos; también está la necesidad de articular las aproximaciones cuantitativas y cualitativas, y finalmente, la de la aplicación de un enfoque relacional en el que se incluyan los factores de un problema determinado, así como a los actores sociales significativos que “viven, sufren y actúan” respecto a dicho problema.

Los estudios relacionados con la obesidad en niños han sido abordados para comprender la complejidad de este problema social que va en aumento. Las ciencias sociales, las humanidades y las ciencias biológicas han realizado valiosos aportes para la explicación de la causalidad, la prevención y las consecuencias del fenómeno *sociomédico* que es la obesidad infantil.

En el presente estudio, se denomina cuidadores a los padres, las madres, otros miembros de la familia o personajes externos que están a cargo de los niños y las niñas.

Nociones biomédicas sobre la obesidad

En este apartado se señalan los estudios e informes que permiten, desde un punto de vista biomédico, entender qué es la obesidad, cómo se diagnostica, cuál es la causalidad y cuáles sus consecuencias.

Los estudios de Achor et al (2007), Dehghan et al (2005), Reilly (2006), Rodríguez-Morán et al (2014), Barrera et al (2013) y Speiser et al (2005) señalan que la obesidad es un *exceso de grasa en el cuerpo* y mencionan cómo se mide esta condición; para Kaufer-Horwitz et al (2008), el índice de masa corporal (IMC) -o índice de Quételet-, es el cociente que resulta al dividir el peso corporal (en kilogramos) entre el cuadrado de la estatura (en metros cuadrados) y se usa comúnmente, y a gran escala, en estudios epidemiológicos para estimar la gravedad de la obesidad en los adultos.

Pinzón (2009) define obesidad en pediatría como la determinación del IMC mayor al percentil 95 en las tablas de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)⁵ (ver anexo 1)⁶, cuya mayor confiabilidad se establece con niños mayores de dos años. Para Urrejola (2007), “la obesidad es una enfermedad crónica, que se produce por un desbalance entre el gasto y la ingesta energética. El exceso de energía es almacenado en las células adiposas las cuales se hipertrofian y/o aumentan en número”.

En ese orden, Walters (2007) considera necesaria una definición que no señale sólo esas características biológicas, médicas, medibles, sino que también dé cuenta de otros elementos *biopsicosociales*. Para esto, Walters recurre a Braguinsky, médico argentino, que pone de manifiesto que “la obesidad es una condición epidémica, metabólica, crónica, heterogénea, estigmatizada y con comorbilidad múltiple, definida por el exceso de grasa corporal, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo”, y que “resulta de factores: a) genéticos (enzimas, hormonas, etc.) y b) del medio (alimentación hipercalórica e hipergrasa prolongada, con excesos de azúcares, falta de fibra en la dieta y sedentarismo obligado)”. También añade que actualmente se considera a la obesidad como

1. Epidémica (primera enfermedad no transmisible calificada como epidémica).
2. Metabólica (o sea no psicogénica).
3. Crónica (señalando lo irrisorio de los tratamientos agudos).
4. Heterogénea (por ser poligénica y mostrando que diversas formas de obesidad suponen patogenias, clínica, pronóstico y tratamiento diferentes).
5. Estigmatizada, y de ahí culpógena con disminución de la autoestima y desadaptación social” (2003, s/p).

⁵ Los CDC en la actualidad, establecen los parámetros epidemiológicos de medición del estado nutricional de la población mundial, parámetros aceptados por la comunidad médica y nutricional internacional

⁶ Tablas que también utiliza la CONHIES en la consulta para determinar el IMC de los y las niñas que acuden al servicio.

Señalada como epidemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998, la obesidad engloba una multifactoriedad, la cual está relacionada íntimamente con una transición nutricional. Para Popkin (2004), “la composición general de la dieta en el mundo en vías de desarrollo está cambiando rápidamente, en especial en lo respectivo a los alimentos ricos en grasas, edulcorantes calóricos y de origen animal”. Algunos estudios, entre los que se destacan los de Valladares et al (2013), Achor et al (2007), Dehghan et al (2005), Rodríguez-Morán et al (2014), Speiser et al (2005), Walters (2007), y Martínez y Navarro (2014), señalan que entre las principales causas se encuentran los factores genéticos, aspectos metabólicos, factores psicosociales, factores ambientales, preferencias en el estilo de vida, entorno cultural, familiar y social, dinámica laboral, aspectos biológicos, medicamentos, dieta y globalización.

Barrera et al (2013, 294) define claramente lo anterior, exponiendo que “la obesidad tiene un origen multifactorial, en el que se involucran la susceptibilidad genética y los estilos de vida y del entorno, con influencia de diversos determinantes subyacentes, como la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y el entorno político y social”. Es muy importante aclarar que el estilo de vida es una situación personal que se media por las condiciones que la rigen, según Barceló (2001).

Speiser et al (2005), Valladares et al (2013), Achor et al (2007), Dehghan et al (2005) y Urrejola (2007) añaden que las consecuencias de la obesidad son problemas psicológicos, aumento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, asma, diabetes tipo 1 y 2, anormalidades ortopédicas, enfermedades del hígado, cáncer, depresión, artritis, complicaciones metabólicas, tales como resistencia insulínica, alteraciones menstruales, en el caso de las

mujeres, esteatosis hepática, hiperandrogenismo, colelitiasis, dislipidemia, apnea obstructiva del sueño, alteraciones viscerales, dermatológicas y neurológicas, así como mortalidad prematura.

Las consecuencias de la obesidad están íntimamente relacionadas con cuestiones patológicas, sin embargo, Walters (2007) señala una consecuencia que en los últimos tiempos ha sido relevante para los niños y las niñas: el estigma,⁷ y retoma estudios como el de Geller (2004) y el de Cortesi (2005) para señalar la estigmatización que se vislumbra en el ámbito escolar.

Los ámbitos escolar y familiar son considerados núcleos importantes en la causa y la prevención de la obesidad (Dietz y Gortmaker, 2001), donde la actividad física y la nutrición conforman los pilares fundamentales en el proceso de atención a la obesidad. Estudios recientes, como el de Bryan et al (2013), atribuyen importancia a las intervenciones, en el ambiente escolar, de la enfermera y el profesor de educación física, y señalan que “al trabajar en colaboración, la enfermera de la escuela y el educador físico pueden proporcionar un equipo dinámico de expertos para ayudar a mejorar el estado de salud de los estudiantes e involucrar a sus padres y otros profesionales de salud para combatir el sobrepeso y obesidad infantil más eficazmente” (2013).

Fradkin et al (2014) llevaron a cabo, en Estados Unidos, un estudio con un total de 4824 sujetos, entre los que figuraban afroamericanos, hispanos y blancos, en edad de adolescencia temprana, en el que analizaron la condición de la actividad física regular y su relación con la reducción de la obesidad. Los resultados señalaron que los riesgos se reducen generalmente

⁷ Término acuñado por Erving Goffman en 1963 para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador.

mediante la actividad física, sin embargo, no es una generalidad, pues también juegan un papel importante factores como la raza o etnia y género de cada individuo.

LaFontaine (2008, 35) centra su revisión en la prevalencia de inactividad física entre los jóvenes, las consecuencias inmediatas y a largo plazo para la salud, y las directrices y recomendaciones para revertir estas tendencias que elevan la inactividad, el sobrepeso y la obesidad; visualiza a la actividad física como una estrategia eficaz para la reducción de esta última. De igual manera, apunta que “es responsabilidad de los padres, las escuelas, las industrias relacionadas (alimentación, seguros, médicos), lugares de trabajo, comunidades, gobierno, y, esencialmente, todos los ciudadanos a defender y promover oportunidades para la actividad física entre los jóvenes”.

Nociones culturales y sociales sobre la obesidad

Hablar de obesidad es poner en boca un tema polémico y de gran interés para las ciencias biomédicas y sociales. No basta ahora con determinarla mediante una única medición; es necesario valorar la situación social y cultural que rodea a cada persona. Este apartado pretende abonar la situación sociocultural de los sujetos con obesidad y algunos de los múltiples tópicos con los que se entrecruza.

Dávila (2006) y Meléndez, Cañéz, y Frías (2010) hablan de la importancia de la cultura como factor principal en el desarrollo de la obesidad. Estos estudios mencionan que la imagen corporal está influenciada por los medios de comunicación, donde se refuerza la delgadez como imagen actual de la belleza, lo que se traduce en una obsesión por alcanzar este estado, la

ansiedad por los alimentos consumidos, las prácticas alimentarias restrictivas, la presión social sobre la imagen corporal y el miedo a la obesidad, factores que comienzan a desarrollarse desde la niñez.

En cambio, autores como Ocampo-Barrio y Pérez-Mejía (2010) señalan que hombres y mujeres asocian la obesidad con el éxito y la vitalidad; se perciben como “gorditos” y no como “obesos”, y, no obstante, se consideran discriminados y rechazados por sus hábitos de alimentación, por lo que consumen más alimentos como actitud desafiante.

En su análisis, Pérez Gil, Paz y Romero (2011) se plantearon conocer la percepción corporal de niños y niñas de una comunidad oaxaqueña e identificar las diferencias en la percepción y sus saberes alimentarios según el sexo. Seleccionaron a niños y niñas de entre 8 y 12 años, de cuarto y quinto grados de una escuela primaria ubicada en la comunidad de Río Grande, en el municipio Villa de Tututepec de Melchor Ocampo. Les aplicaron un cuestionario, una entrevista, los pesaron y los midieron. Concluyeron que las niñas presentan mayor preocupación por su cuerpo; ellas asociaron salud con cuerpos delgados, mientras que los niños lo hicieron con la edad y el ejercicio. Además, aclaran las autoras, hay subestimación del índice de masa corporal normal, y señalan una clara necesidad de insistir con este tipo de estudios.

Por otro lado, Bermúdez y Hernández (2011) identificaron la percepción de un grupo de adolescentes sobre la obesidad mediante una investigación etnográfica donde utilizaron entrevistas estructuradas, familiarización y categorización. Este estudio se llevó a cabo en el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica, plantel Milpa Alta, en la Ciudad de México, con 20 participantes, 10 hombres y 10 mujeres, de entre 15 y 19 años de edad. Los

resultados arrojaron que los adolescentes se sienten preocupados por su apariencia y claramente son influenciados por factores sociales y culturales, e inciden en que la familia puede ser uno de los principales apoyos tanto en la prevención como en la atención de este problema de salud.

El modo de vida en la atención a la obesidad

El aspecto cultural ha sido un eje elemental en el desarrollo de las sociedades, en ese sentido es la sociedad quien crea y transforma la cultura, una forma de pensar y actuar que se transmite conforme vamos creciendo. Marvin Harris hace una definición de este término tan versátil y polisémico; dice que la “cultura es el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar (es decir, su conducta)” (1998). Así, el conglomerado de tradiciones y estilos de vida se presenta en los comportamientos diarios, tales como las prácticas que tiene que ver con la alimentación.

En ese sentido, Gracia (2000) señala que “la cocina de un grupo humano puede concebirse, pues, como el cuerpo de prácticas, de representaciones, de reglas y de normas que reposan sobre clasificaciones, cuya función esencial es precisamente dar resolución a esta paradoja mediante el aprendizaje social”. Por lo tanto “la alimentación incluye un proceso de selección de los alimentos, fruto de las disponibilidades y aprendizaje sociales e individuales en el que influyen factores socioeconómicos, ecológicos y psicológicos”.

Comer, entonces, es una serie de comportamientos que involucran sensaciones biológicas y emocionales respecto a los alimentos, los cuales, con el paso del tiempo, han transformado su

composición original debido al avance constante de la tecnología y la demanda cada vez más creciente de población que requiere mayor cantidad de alimento. La obesidad es una situación de salud específica que se genera a través de diferentes factores biológicos y socioculturales, entre ellos una dieta inadecuada y un estilo de vida sedentario.

Estas situaciones socioculturales que tienen que ver con los estilos de vida han sido abordadas por estudios como el de Aranceta (2003), Duque y Parra (2012), Dewey (2003) y Moreno y Toro (2009), quienes señalan factores que están presentes en el desarrollo de la obesidad y que si son prevenidos pueden incidir en la disminución de esa situación de salud.

Aranceta (2003), a través de una encuesta de corte transversal en la población española, identificó componentes principales de los hábitos alimentarios:

- El patrón “*snacky*” se caracteriza por un consumo más frecuente y más alto de productos de panadería (bollos, pasteles y galletas), dulces, aperitivos salados y refrescos.
- Identificó ingestas más altas de frutas, verduras y pescado como asociación a un patrón de alimentación “sano”.
- Documentó que los niños cuyas madres tenían un bajo nivel de educación y que pasaban más de dos horas al día viendo la televisión tenían más probabilidades de seguir el patrón “*snacky*”.
- Señaló que las niñas tenían más probabilidades de seguir el patrón “sano”, contrario a los niños y jóvenes cuyas madres tenían un menor nivel de educación.

En Colombia, Duque y Parra (2012) estudiaron la asociación entre el tiempo de exposición frente a pantallas y el exceso de peso y desacondicionamiento físico en niños y niñas de 10 a 12 años de edad. Encontraron que la exposición a pantallas no es la única forma de conducta sedentaria. El tiempo de clase teórica, el de socialización con amigos, el de comida y el pasado en el transporte en automóvil deben tenerse en cuenta cuando se estudia el impacto del sedentarismo en el contenido de grasa corporal y la capacidad aerobia máxima.

En México, Moreno y Toro (2009) mostraron que los índices de sobrepeso y obesidad, como resultado en una muestra de 484 niños potosinos, fueron bajos; sin embargo, un alto consumo televisivo y alimenticio (lípidos y azúcares) se hizo presente de manera constante y creciente, es decir, a mayor edad, mayor consumo (más televisión, más comida “chatarra”), lo que evidencia el fenómeno del “consumismo”. Los autores puntualizaron que el consumismo, tanto alimenticio como televisivo, fue un fenómeno ampliamente demostrado en todas las técnicas aplicadas.

Los estudios citados con anterioridad permiten a este trabajo acercarse a la temática del sedentarismo, que considero es una de las causas que desarrollo y aumento la obesidad.

Los principales actores involucrados en el proceso de atención a la obesidad

En este apartado se presentan estudios donde la voz de los actores se considera una parte central del proceso de atención a la obesidad. Los estudios nacionales e internacionales se han enfocado en señalar la importancia de las creencias y percepciones de la población para atender y entender el proceso de s/e/a que es la obesidad. No todos los estudios que se muestran en esta sección

corresponden a la obesidad en niños, sin embargo, la metodología y los hallazgos de otras poblaciones orientan a la presente investigación.

Cabello y Zúñiga (2007) buscaron desarrollar patrones que generaran una mayor comprensión del problema de la obesidad a partir de las reflexiones sobre las experiencias de vida de las personas, y pasaron de la descripción a la conceptualización para obtener el significado de los datos. Buscaron describir, desde la perspectiva de la gente obesa, el proceso del aumento de peso, cómo es que el sobrepeso se mantiene y cuáles son las respuestas que ellos mismos dan a su problema de obesidad. Relatan que “los hábitos alimenticios personales y familiares, estilos de vida, tradiciones y patrones de alimentación familiares, así como el uso de la comida, fueron factores importantes en la génesis de la obesidad”. También señalaron que la imagen del cuerpo es un tema predominante en los participantes del estudio, quienes vivían felices y tenían una percepción positiva de sí mismos. Afirman que el origen de la obesidad está ligado a eventos de vida estresantes y a la utilización de la comida como refugio para compensar frustraciones, tristeza, necesidades y temores. Resumen que

la obesidad ocurre debido a las interacciones dentro y entre aquellos contextos compuestos principalmente por los factores intrapersonales, constituidos por pensamientos, sentimientos y actitudes; los factores familiares, representados por el medio ambiente que rodea la alimentación en la familia, prácticas alimenticias, comportamientos al comer, disponibilidad de comida en casa y los factores culturales, como el medio ambiente escolar, influencia de los medios, estilos de vida, así como el apoyo clínico y social (Cabello y Zúñiga 2007, 185).

Tapia y Sánchez (2010), mediante una investigación de tipo descriptivo y transversal, estudiaron una población de sesenta y tres mujeres, madres de familia, y sus respectivos hijos de dos escuelas rurales de la zona sur del estado de Veracruz. Entre sus principales resultados, señalaron que las madres percibieron mayoritariamente la imagen corporal de sus hijos como

desnutridos, con un setenta y dos punto cuarenta y uno por ciento; los autores, de acuerdo con el IMC, mencionan haber confirmado que tan sólo el cuarenta y seis punto quince por ciento presentaba desnutrición. Mencionan también que la mayoría de las madres percibió la desnutrición como la imagen de un niño sano, seguida del peso normal y sobrepeso; hubo madres que indicaron que la obesidad era la mejor imagen corporal para un niño.

Chakrabarti y Abbott (2011), a través de métodos mixtos de estudio transversal, realizaron entrevistas cualitativas a 14 madres, y pesaron y midieron a 22 niños en Bangladesh. Aunque su estudio es de carácter internacional, es importante mencionarlo por la metodología que adoptaron; se plantearon explorar actitudes y creencias de las madres acerca del sobrepeso y la obesidad infantil y comprobar sus percepciones del estado de peso de sus hijos. Concluyeron que las madres fueron en general conscientes de los mensajes generales de promoción de la salud acerca de la dieta y el ejercicio, pero muchas tendían a subestimar el estado de peso de sus hijos.

Osorio y Amaya (2011) estudiaron los significados de la alimentación y las prácticas relacionadas con ella de un grupo de adolescentes del colegio Nuestra Señora de Guadalupe, en Cali, Colombia. Aunque la población con la que se trabajó en este proyecto estaba en edad escolar, son importantes los hallazgos que en el ámbito social y escolar documentaron estos autores. Mediante un estudio con abordaje cualitativo de tipo exploratorio, tuvieron en cuenta los espacios familiares, escolares y de la calle, donde los adolescentes interactúan con sus pares o amigos. Participaron 31 adolescentes (17 mujeres y 14 hombres), 10 familiares (6 madres, 2 padres y 2 abuelas), 3 profesores y la administradora de la cafetería. De acuerdo con el espacio y la compañía se establecieron subcategorías que determinan e influyen en el tipo de alimentos que

consumen los adolescentes. Así, en la familia, las tradiciones; en el colegio, la autonomía, la disponibilidad económica, las preferencias del grupo y la oferta de alimentos en la cafetería; en la calle, el género, la amistad y el amor inciden en la elección e ingesta de alimentos.

Un año más tarde, Calderón (2012), en su tesis de posgrado, estudió la forma en que es representado el niño obeso por los otros niños, con el objetivo de saber si estereotipan la obesidad con palabras y a través del dibujo de un niño obeso, y así determinar si los niños se consideran obesos; todo esto con el fin de conocer dentro del ambiente escolar los referentes de la obesidad, y si los maestros han observado prácticas discriminatorias. Fue una etnografía llevada a cabo en una escuela primaria de la delegación Iztacalco, en la Ciudad de México; las principales técnicas fueron dibujos, relaciones de palabras y entrevistas. Calderón señaló que la imitación y los referentes de sus compañeros, maestros y familiares les permiten a los niños obesos tomar el ejemplo de lo que es correcto o incorrecto, y que estos niños, llamados “gorditos” y otros adjetivos similares, se identificaron con adjetivos negativos, lo cual demostró que tienen conciencia de que son distintos y señalados por su condición física.

Eneli et al (2015) analizaron los roles en las relaciones de alimentación con infantes de entre 2 y 5 años. De este estudio se rescatan aspectos importantes en los comportamientos alimentarios de las madres y los hijos, tales como aspectos culturales que tienen que ver con el lugar donde viven y lo que ahí se come.

Østbye et al (2015) aportan en su breve informe información sobre el efecto de la presencia de los padres en torno a los temas de sobrepeso que tienen los adolescentes durante la consulta con el personal médico. Si bien señalan que los padres deben estar en la consulta como

apoyo para completar información de los antecedentes, también mencionan que debe haber una ausencia de los mismos para tratar temas sensibles con los adolescentes a solas.

Los estudios mencionados permiten reiterar el interés del presente trabajo por abordar las representaciones y prácticas sociales sobre la atención a la obesidad como un proceso simbólico, una relación entre lo que se entiende y lleva a cabo por parte de las cuidadoras y los cuidadores de niños con obesidad; así, permiten una aproximación “a la ‘visión del mundo’ que las personas o grupos tienen, pues el conocimiento del sentido común es el que la gente utiliza para actuar o tomar posición ante los distintos objetos sociales” (Araya 2002).

Los trabajos centrados en la familia y en las cuidadoras y los cuidadores reafirman la necesidad de acrecentar esta área de estudio. En este sentido, Berry et al (2004) realizaron un metaestudio con el fin de evaluar críticamente las intervenciones de la familia en la atención a la obesidad infantil, a través de tratamiento nutricional, ejercicio e intervenciones conductuales, es decir, modificación del comportamiento, terapia de comportamiento y resolución de problemas. Si bien sus acciones son vislumbradas desde la salud pública, las intervenciones para niños y adolescentes de sus familias fueron variadas en relación con la edad, el destino de los padres, la duración de la intervención y la del seguimiento. Todas las intervenciones incluyeron algún tipo de educación nutricional, ejercicio y la intervención conductual. Concluyen que cada miembro de la familia dentro de la unidad familiar tiene diferentes necesidades.

Más tarde, Davison et al (2012) señalaron en su estudio el papel fundamental que las familias desempeñan en la formación de hábitos de vida entre los niños. La prevención de la

obesidad en la población juvenil requiere de ser tratado en las familias; incluir a los miembros de la familia en las intervenciones no es suficiente, como se sabe por los decepcionantes resultados de programas de prevención de la obesidad que incluyen un componente familiar. Se necesitan intervenciones que se adapten a las ecologías de las familias y las empoderen en el proceso.

Danford y Martyn (2013) proponen una técnica denominada calendario de eventos históricos (EHC, por sus siglas en inglés), una herramienta que podría ser utilizada por los proveedores de atención de la salud e investigadores para ayudar a los niños y a las familias a ayudarse a sí mismos con la alimentación y la actividad saludable. En este estudio revelaron el carácter reflexivo de EHC, pues ofrece un lugar eficiente para recoger y registrar datos completos sobre alimentación, actividad y comportamientos en el contexto de la familia. EHC ayuda a identificar las razones por las que las conductas saludables se logran o no. Este método tiene potencial para facilitar la comunicación, ya sea en la investigación o el ámbito clínico, y en la toma de decisiones para inculcar comportamientos saludables. El estudio proporciona resultados que podrían orientar el desarrollo de las intervenciones y los objetivos relacionados con los hábitos saludables en el contexto de los acontecimientos futuros vitales dentro de la familia.

Robles (2004), Barragán (2007), Martínez et al (2009), Guerrero y Rojas (2009) y Vargas (2010) abordan estudios donde el énfasis del cuidado ya radica en miembros del grupo doméstico, por lo tanto, las actividades que hacen dentro de su sistema familiar están determinadas por la situación de salud que presenta algún otro miembro de la familia, como un adulto mayor o una niño con capacidad diversa o con enfermedades crónicas degenerativas. Se

retoma de estos estudios la figura de la cuidadora como un miembro relevante en el proceso de atención a las diferentes enfermedades o situaciones adversas que se describen en los estudios.

La forma en que se trata a la obesidad en las familias es compleja, al igual que los esfuerzos para establecer acciones que den los resultados esperados y que desde el ámbito de la salud pública ayuden a reducir los costos de atención a la salud. El estudio de las representaciones sociales de las personas que cuidan a los niños y las niñas con obesidad abre la posibilidad de enfocarse en ellos y de proponer que se consideren en futuros estudios a los miembros del grupo, ya que esto permitiría conocer cómo se vinculan los principales actores sociales y daría aproximaciones certeras al logro de conseguir prácticas que mejoren la situación de salud de los niños y las niñas, tomando en cuenta elementos sociales y culturales, además de biológicos.

Capítulo III. Marco teórico referencial conceptual

*I want to understand the world from your point of view. I want to know what you know in the way you know it. I want to understand the meaning of your experience, to walk in your shoes, to feel things as you feel them, to explain things as you explain them. Will you become my teacher and help me understand?*⁸

James P. Spradley

En la actualidad, la obesidad de los niños y las niñas y jóvenes constituye un problema reconocido por disciplinas como la biomedicina, la salud pública y las ciencias sociales en general. Sin embargo, la forma de acercarnos a este problema difiere entre disciplinas, y al revisar los abordajes teóricos y metodológicos, se encuentran retos importantes, en un primer momento, para conocer los avances en las discusiones y en los consensos alcanzados, y, en uno segundo, para aplicar los enfoques a un problema tan complejo como lo es el que interesa a esta investigación.

Las representaciones y prácticas sociales

Cuando se habla de representaciones sociales, menciona Araya (2002, 11), es necesario remontarse a lo que las personas piensan y tienden a clasificar a través de recuerdos, imágenes, percepciones sobre un objeto del cual se habla. El autor menciona que “las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones de los proceso de comunicación y del

⁸ “Quiero comprender el mundo desde tu punto de vista, quiero saber lo que tú sabes en la forma en que lo sabes. Quiero comprender el significado de tu experiencia, caminar en tus zapatos, sentir las cosas como tú las sientes. Explicar las cosas como tú lo haces. ¿Te convertirás en mi maestro y me ayudarás a comprender?” (traducción propia).

pensamiento social. Las representaciones sociales (RS) sintetizan dichas explicaciones y en consecuencia, hace referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común”, por lo tanto, el conocimiento elemental de las mismas.

Para Osorio (2001), las representaciones sociales son un “conjunto de nociones, conocimientos, creencias, actitudes y valores a través de los cuales se vivencian y aprehenden los padecimientos, se toman decisiones y se ejecutan acciones que conllevan significados y sentidos particulares que tienen repercusiones concretas y específica en la salud de los sujetos”. Aunque hay una discusión sobre este término y su relación con la práctica social, en este estudio se retoman las definiciones que desde la antropología médica crítica se han dado a las representaciones sociales. Con esto se pretende conocer cómo se articulan las representaciones y las prácticas sociales una vez que se diagnostica a un niño con obesidad, para describir y comparar los retos y las dificultades que se anteponen en la vida diaria de las cuidadoras y los cuidadores.

Osorio (1994) enfatiza que las representaciones sociales “se expresan respecto a una realidad social determinada donde sintetizan contenidos ideológicos-culturales determinados históricamente”. Las representaciones sociales permiten acercarse a lo que las cuidadoras y los cuidadores conocen, idealizan, sienten, direccionan y se disponen a hacer sobre el proceso de atención que llevan a cabo con los niños y las niñas. Pensar se operacionaliza, algunas veces, en hacer, por lo que una vez que ellos tienen conocimientos respecto a una situación determinada,

en este caso la obesidad, actúan frente a ésta, que es una realidad social para ellos, cotidiana y en ocasiones rutinaria.

La obesidad podría entenderse como una enfermedad, y, en este sentido, Rocha (1995, 59) añade que las representaciones sociales

nos permiten aprehender las formas de pensamiento social no sólo como sistema de conocimientos y explicaciones ya constituidos, sino también como sistemas en construcción y reconstrucción permanente. [...] Las representaciones sociales de la enfermedad son definidas como la forma de conocimiento de sentido común que construyen los individuos en relación a las enfermedades.

En algunas ocasiones, estas representaciones sociales se han construido a través del tiempo, pasando de generación en generación sin ser cuestionadas convirtiéndose en etiquetas que en múltiples ocasiones se consideran un estigma, como señalé previamente, haciendo alusión a Goffman (2003), “quien entiende la estigmatización como un proceso que tiende a desacreditar a una persona en tanto que es calificada como ‘no normal’ o ‘desviada’. Esta desacreditación, que se produce interaccionalmente, proviene de aquellas personas que, contrariamente, se consideran normales” (Gracia 2011, 236).

Las representaciones sociales y las prácticas sociales están íntimamente relacionadas, y se conforman por la información, la actitud y el campo de la representación, según Araya (2002). En ese sentido, las prácticas son sistemas de acción socialmente estructurados e instituidos en relación con un pasado colectivo, donde “las prácticas antiguas tienen su lugar y juegan un papel esencial en la experiencia colectiva o individual de las relaciones sociales” (Abric 2001, 206), es decir, la experiencia comunitaria ante diversos padecimientos.

Osorio (2001, 15) complementa estas afirmaciones al decir que las prácticas sociales son “el conjunto organizado de conductas pautadas culturalmente, rutinarias o eventuales, que adquieren diferente nivel de complejidad y expresan la acción del sujeto en la realidad, a través de una distribución/asunción de roles, funciones e interacciones con el mundo social”.

En el presente trabajo, se entiende a las prácticas como las acciones que realizan las cuidadoras y los cuidadores de niños con la obesidad, las cuales, en sintonía con Menéndez (2003), para fines de esta investigación se refieren al modelo biomédico y al de autoatención amplia.

Para esta investigación se utiliza el término de noción como un elemento que compone a las representaciones y prácticas sociales, pues es un término que apunta a los elementos requeridos para interpretar la información otorgada por las cuidadoras y los cuidadores.

Antropología médica crítica y su relación con la obesidad

Desde una perspectiva sociocultural, esta investigación vislumbra el problema bajo la luz de un enfoque constructivista; retoma algunos elementos de corrientes teóricas, como la fenomenología y el interaccionismo simbólico, y asume a la antropología médica⁹ de corte más crítico.¹⁰

⁹ La antropología médica crítica es una corriente de la antropología social cuyo desarrollo ha sido reciente, los antecedentes de la misma se hayan cerca de finales del siglo XIX. Desde 1985, en el taller creado por Eduardo Menéndez en el posgrado de la Escuela Nacional de Antropología e Historia, los cursos se centraron en la “concepción del proceso salud/enfermedad/atención más allá de sus componentes netamente culturalistas, para introducir modelos explicativos de carácter sociopolítico” (Campos-Navarro 2010).

¹⁰ Es necesario aclarar que en este trabajo las posturas teóricas, ideológicas que se mencionan en este párrafo no se abordarán exhaustivamente. Y a pesar de ofrecer un panorama muy limitado de su contenido y con el riesgo de

Los estudios socioculturales difieren de acuerdo con la disciplina y el enfoque teórico metodológico desde el cual se enfoca el problema de investigación. Este estudio analiza los elementos que se encuentran en la vida cotidiana, y las relaciones que influyen en los procesos sociales que generan una problemática que rebasa el ámbito individual, y así han creado un problema que se cataloga como enfermedad aunque mi postura no vaya en orden con esta clasificación¹¹. Entre las perspectivas teóricas que permiten explicar este proceso sociocultural y biológico que deriva en obesidad en niños, el enfoque de la epidemiología sociocultural invita a vincular la relevancia del análisis epidemiológico con los estudios sobre la cultura y las condiciones de vida.

En este trabajo se apela a entrelazar hallazgos de estas disciplinas para dar explicación a fenómenos complejos, en donde factores sociales, económicos, políticos, culturales y biológicos no bastarían para explicar de manera clara si se miran por separado, como lo es el caso de la obesidad infantil y las cuidadoras y los cuidadores de los niños y las niñas. Sin embargo, se enfoca principalmente en los aspectos de atención desde un punto de vista más amplio que lo que se entiende por ella en los espacios biomédicos, y desarrolla principalmente aspectos culturales y prácticas desde la perspectiva del actor, que en este caso son las cuidadoras y los cuidadores de los niños y niñas.

sesgar la interpretación a estas corrientes, se intentará recuperar de manera sintética sólo aquellos conceptos y líneas de análisis que, para fines de esta investigación, resulten esclarecer con mayor claridad la tesis central del proyecto.

¹¹ Se ha documentado que la obesidad no se ha considerado como problema, existen estudios como el de Cabello (2010), de carácter fenomenológico, donde se buscó describir, desde la perspectiva de la gente obesa, el proceso del aumento de peso y las respuestas que da a su problema. Algunos de los participantes declararon que vivían felices en cuerpos grandes y que tenían una percepción positiva de sí mismos. Orellana (2014) menciona que la modernidad transformó la obesidad en un problema de salud cuando antes no era considerado como tal.

En ese orden de ideas, la epidemiología sociocultural, según Haro (2011, 10), “pese a los avances en varios ámbitos académicos y de acción, las áreas sustantivas de la salud pública [...] siguen siendo materia dominada por enfoques biomédicos y positivistas, de interpretación predominantemente cuantitativa”, y “su resultado quizás más lesivo ha sido la individualización de la responsabilidad en la atención a la salud y prevención de la enfermedad”. Este enfoque no sólo es una forma diferente de diagnosticar integralmente los problemas de salud colectiva, sino también de atenderlos y prevenirlos.

Los estudios cualitativos, como los de Ulin et al (2006), señalan la importancia de resaltar sus procesos de descubrimiento e interpretación, y reconocen la necesidad de conocer las circunstancias en las que ocurren las prácticas sociales. Para explicar ese comportamiento humano, se requiere analizar significados, percepciones, experiencias, por lo cual estos autores afirman que “el mundo está construido por significados simbólicos observables en los actos interacciones y lenguaje de los seres humanos”, y estos “significados se derivan de las percepciones, experiencias y acciones en relación con contextos sociales”.

En México, Osorio (2001) habla del proceso de salud/enfermedad/atención (s/e/a), y realiza una interesante explicación sobre estos conceptos, con base en autores como Fábrega (1974), Kleinman (1980) y Young (1982), y analiza las nociones de enfermedad y padecimiento (*disease* e *illness*). En este trabajo, entender obesidad como una enfermedad (*disease*) implica una perspectiva biomédica que pueden o no tener las personas que cuidan a los niños y las niñas, y que influye en la forma en que los atienden. De la misma manera, si la consideran un padecimiento (*illness*), no la definen desde una perspectiva biomédica, lo que puede hacer que

pase desapercibida como un problema de salud o clasificarla como proceso temporal que no requiere de mayor atención.

Enfermedad (*disease*) es un “mal funcionamiento, o una mala adaptación de los procesos biológicos o psicosociales; un estado patológico-anormal de la estructura y/o función de los órganos y sistemas del cuerpo tal y como lo reconoce el sistema biomédico” (Osorio 2001). El padecimiento (*illness*) se refiere a signos biológicos asignados por una situación de salud adversa, mientras que el malestar (*sickness*) se enfoca en recuperar la perspectiva del actor y de su cultura, lo que da lugar a construcciones que se manejan en el sentido común, y explican y clasifican para la sociedad algún problema de salud. La enfermedad y el padecimiento implican una categorización que las reconoce a una como parte del sistema biomédico y a otra como parte de la sociedad.

La distinción entre enfermar y padecer puede ser muy clara en algunas enfermedades o síndromes que no reconocen la biomedicina, pero sus límites se desdibujan cuando se trata de procesos que reconocen ambas. En el caso de la obesidad infantil y sus cuidadoras, la palabra y la clasificación existen fuera de la biomedicina y ahora son parte de la clasificación internacional de enfermedades. De acuerdo con Orellana (2014), antes la obesidad era un signo de opulencia, mientras que ahora es una enfermedad que implica procesos de medicalización: la visita al médico y la ilusión de atenderse con medicamentos.

La antropología médica y la epidemiología reconocen la multicausalidad de los problemas de salud; en ese sentido, la primera, desde 1960, está “analizando los factores que se interrelacionan con el hombre y que se presentan en su relación con el proceso

salud/enfermedad/atención” (Moreno 2000). Menéndez (2003, 87) menciona que esta disciplina tiene “propuestas construccionistas [...] que consideran que todo padecimiento se constituye a través de un proceso social e histórico”, y que “necesita ser construido para poder comprender los significados que tienen para los diferentes actores que se relacionan con el padecimiento, en particular el sujeto enfermo [,] su microgrupo y los curadores”.

Ejemplo de ello es el proceso de atención de niños y niñas con obesidad ; vivenciado a través de prácticas y representaciones de las cuidadoras y los cuidadores , lo que constituye un proceso de internalización mediante el cual los individuos aprenden, a través de la socialización, la “realidad objetiva de las cosas [...] e incorporan dicha realidad a su acervo de conocimientos, a su sentido común, al conjunto de cosas que simplemente se dan por sentadas” (Castro 2011, 102), lo que justifica dichas representaciones y prácticas que influyen en esa atención.

El proceso de atención a los niños y las niñas con obesidad es complejo por la subjetividad de los sujetos en cuanto a los factores que se interrelacionan para atenderla y entenderla. Guzmán et al (2010, 216) mencionan que la obesidad reúne una serie de factores biológicos, sociales y psicológicos que la hacen detonar como problema de salud, por lo que la consideran desde una perspectiva biopsicosocial, y concluyen que, al no existir claridad respecto a la etiología de la obesidad, se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto en la etiología como en el mantenimiento de la obesidad, variables cognitivas (creencias), afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y ambientales (costumbres, hábitos familiares).

Esto debería traducirse en un abordaje interdisciplinario y específico para cada paciente, por lo que surgiría la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema.

Mientras el abordaje para definir obesidad infantil tiene un carácter biomédico, su etiología está comprendida de manera integral por las ciencias sociales, cuyo aporte pretende analizar la causalidad de la obesidad para intervenciones posteriores, donde se implemente la promoción a la salud, por ejemplo. (Castro et al 2012, 41) refuerzan que “la obesidad infantil es una enfermedad crónica de origen multifactorial” y, aunque en su artículo aluden al carácter nutricional y a las condicionantes de la obesidad y el sobrepeso, reconocen que “como responsables de la obesidad se encuentran factores genéticos, socioeconómicos, culturales y [p]sicológicos”; por lo tanto, la obesidad es un problema de salud pública que independientemente de las causas y definiciones de la misma está llevando a la población a caer en una “epidemia”.

Para fines de esta investigación, se entiende obesidad como un conjunto de elementos médicos y sociales que se reflejan en la constitución del cuerpo de un individuo, en este caso la acumulación de grasa por una sobreingesta de alimentos que es almacenada en algunas partes del cuerpo, y esto, aunado a la falta de actividad física, inicia el desarrollo de síntomas y malestares biopsicosociales que repercuten en el bienestar individual; dicha ingesta es favorecida por el mercado, la cultura y algunas veces por la genética de la persona.

Autoatención, ¿el primer nivel en la atención a la obesidad?

Menéndez (2003), quien desde una perspectiva relacional recupera los procesos históricos y considera que todo campo sociocultural no es homogéneo, sino que en el mismo se constituyen relaciones de hegemonía/subordinación, señala que todos los conjuntos sociales, para este caso los grupos domésticos, llevan a cabo, frente a las diferentes situaciones de salud y enfermedad, distintas estrategias que incluyen significaciones y prácticas que son producto de las representaciones socioculturales de su grupo, e incluyen también las experiencias particulares de los sujetos/actores.

Para este autor, la autoatención es la “serie de representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención de curadores profesionales, aun cuando estos puedan ser referencia de esta actividad” (2003).

Según Menéndez, hay dos niveles de autoatención: amplio y restringido. El primer nivel contempla todas las formas que se requieren para asegurar la reproducción biopsicosocial de sujetos y grupos, especialmente a nivel de grupo doméstico. Estas formas son utilizadas a partir de los objetivos y normas establecidas por la propia cultura del grupo doméstico como actividades que tienen que ver con la prevención, por ejemplo, la preparación de los alimentos, el aseo de la casa, del cuerpo, entre otras. Por otro lado, “la definición restringida refiere a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso s/e/a” (Menéndez 2003, 199).

Para fines de esta investigación, los términos atención y cuidado serán usados indistintamente para referirse a las nociones y acciones que emprenden las cuidadoras y los cuidadores para entender y atender la obesidad de los niños y las niñas. Las y los sujetos principales de este estudio son las personas a cargo de realizar actividades en pro del bienestar de otra que se encuentra en una situación adversa de salud, como los niños y las niñas con obesidad; siendo éstos los padres y las madres u otros miembros de la familia que están a cargo de los niños y las niñas y que apoyan las actividades de atención que tienen que ver específicamente con la situación de salud que prevalece en ellos y ellas.

Las cuidadoras y los cuidadores de estos niños y niñas con obesidad juegan un papel primordial en el denominado proceso de socialización, que es, según Simkin y Becerra (2013, 214), “la preparación para el desempeño en los diferentes roles sociales, de acuerdo a la clase social, casta, el grupo racial o étnico del individuo”, y aunque en este trabajo no se aborda de manera profunda este término, se define como un proceso en el que los seres humanos desarrollan y aprenden los mecanismos que los rigen en su ser y hacer, las normas, las creencias, las cuales ya están en un contexto que es histórico, y que se ha permeado con condiciones sociales, culturales, económicas, cívicas, religiosas, pero en el que también se hayan actores que las moldean, como la escuela, la familia o la iglesia.

Cuidar se entiende como “el comportamiento y acciones que envuelven conocimientos, valores, habilidades y actividades emprendidas en el sentido de suministrar las potencialidades de las personas para mantener o mejorar a las condiciones humanas en el proceso de vivir y morir” (Larban 2010, 57). Este saber y hacer se transforma en representación y práctica social.

La perspectiva de género

Un análisis desde una perspectiva de género enriquece el estudio de las representaciones sociales por las posibles desigualdades y diferencias que implica. Así, Sen, George y Östlin (2005, 2) afirman que las desigualdades de género se refieren

a las distinciones socialmente construidas entre las mujeres y los hombres con base en las diferencias en el acceso a los recursos y el conocimiento, los roles sociales, las divisiones del trabajo y la segregación ocupacional, las relaciones de poder y las jerarquías de autoridad y la toma de decisiones, y las normas sancionadas por la sociedad y aplicadas con respecto a la identidad, la personalidad y el comportamiento.

En el presente trabajo, se entiende género como una construcción social sobre lo femenino o masculino, un “elemento emergente de situaciones sociales: es tanto el resultado como la razón fundamental de varios arreglos sociales y un medio de legitimar una de las divisiones más fundamentales de la sociedad” (Salas 2011, 88). Dado que el género es una categoría de análisis, sirve para explorar las diversas acepciones que se atañen a la condición en que se desarrollan los procesos de atención a los niños y las niñas.

En Lamas (2001), el género se señala como un conjunto de prescripciones sociales que la cultura desarrolla desde la diferencia anatómica para construir o simbolizar lo que es propio de mujeres (feminidad) y hombres (masculinidad). Es precisamente esa cuestión de símbolos lo que impera en la construcción de estereotipos y roles, los cuales, señala Lamas (2002), se configuran en el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad sobre el comportamiento en el mundo de lo femenino y lo masculino en la vida cotidiana; por ejemplo, afirman Lloyd y Duveen (1989, en Castornia 2008), “cuando alguien dice que una muñeca es un juguete para niñas o una pistola un juguete para varones, no se está refiriendo a características físicas, sino a marcas

sociales de estos objetos”, pues “la marca de un juguete como adecuado para niñas o para niños es una objetivación de la representación social de género”. Los “hallazgos en la investigación constituyen las evidencias más tempranas de diferenciación entre niños y niñas y muestran los comienzos de la internalización del género como sistema de signos” Lloyd y Duveen (1989) (en Castorina 2008, 42-50).

Podemos deducir, entonces, que el género es un elemento socialmente construido, que establece diferencias culturales que generan desigualdades sociales entre hombres y mujeres, y en el caso particular de este tema de investigación, diferencias en cuanto a la atención hacia los niños y niñas con obesidad. Dichas diferencias prevalecen en gran parte en la interiorización de los individuos marcados por la misma construcción social; desde el nacimiento las personas son moldeadas según la cultura, bajo tradiciones y costumbres “naturales”.

En los primeros años de vida, los niños y las niñas están altamente motivados para imitar a sus padres y madres, por ende, esta imitación reemplaza el posible papel que puede llevar a los hijos a actuar de manera distinta de la de sus progenitores. Las interacciones que se establecen entre el infante y el cuidador primario, determinan las primeras bases de la identidad de los individuos, influyendo en la manera cómo se perciben a sí mismos y entienden su interacción con otros. “Durante la infancia, el niño o la niña incorpora en sí mismo la visión y características del cuidador, adquiriendo no sólo roles, sino también estableciendo las bases para la estructura psíquica” (Rocha 2009, 253).

Díaz Guerrero (1972, en Rocha y Díaz 2005), expone que

cada cultura define, establece, da forma y sentido a un conjunto de ideas, creencias y valoraciones sobre el significado que tiene el ser hombre y el ser mujer, delimitando los comportamientos, las características e incluso los pensamientos y emociones que son adecuados para cada ser humano, con base en esta red de estereotipos o ideas consensuadas. A través de sus premisas, cada cultura entreteje las creencias relacionadas con el papel que hombres y que mujeres juegan en la sociedad, dando lugar a los estereotipos de género.

Este bagaje de premisas es enseñado desde la familia al ser una de las instituciones más relevantes en la estructura social, ya que es el principal agente formador, encargado de transmitir valores y creencias a los individuos, y donde la función que ejercen las madres es primordial en la transmisión de esos conocimientos (Vindas 2010). Por esta razón, es indispensable tomar en cuenta que es en el seno de la familia donde niñas y niños aprenden los roles de género, es decir, los comportamientos que la sociedad les asigna y que se socializan mediante el comportamiento de cada miembro de la familia. De esta manera, la función que ejercen las cuidadoras y los cuidadores y las cuidadoras es fundamental para comprender el rol que desempeñan dentro de la atención a la obesidad.

Por otro lado, persiste la “creencia de que las madres deben ser las principales cuidadoras de niños y niñas”, una idea que “se encuentra, todavía, fuertemente arraigada. Estas ideas sobre la familia y el rol de la mujer, consagradas desde tiempo atrás y concebidas como el orden ‘natural’ de las cosas, apenas están comenzando a cambiar lentamente” (Binstock 2008, en Esquivel et al 2012).

La participación del niño y la atención a la obesidad

Gómez (2012, 46) señala que “en el pasado, la investigación sociológica que giraba en torno a la infancia tendió a evitar paradójicamente la presencia de niños y niñas como sujetos de estudio. Con demasiada frecuencia, los adultos -principalmente padres y profesionales- suministraban las respuestas a las cuestiones que la investigación planteaba en relación a los asuntos específicamente infantiles”. En ese orden de ideas, el papel del cuidador es sumamente importante, pues “la crianza y el cuidado infantil son funciones familiares particularmente cruciales. Madres y padres cuidan de sus hijos e hijas, y dedican tiempo y dinero para garantizar su bienestar. Los niños, niñas y adolescentes necesitan que sus necesidades materiales y de cuidado sean satisfechas para garantizar su supervivencia diaria y su sano desarrollo”. Así, el cuidado infantil

incluye el cuidado físico más propio de niños y niñas pequeños (dar de comer a lactantes y/o niños y niñas pequeños que no pueden alimentarse por sí solos, bañarlos, acostarlos, prepararlos para ir a la escuela u otro lugar, darles medicamentos); cuidados relacionados con el desarrollo infantil (ayudar a niños y niñas con sus tareas escolares o a estudiar, leerles, jugar o hablar con los niños, niñas y adolescentes, darles apoyo emocional); y traslados (acompañar a los niños, niñas y adolescentes en sus actividades, incluyendo la escuela, coordinar actividades sociales o extraescolares con los niños y las niñas).

Pero el cuidado infantil no se limita sólo a esto, sino que

se extiende más allá de estas formas “activas” de cuidar, para incorporar también el cuidado pasivo, definido como estar pendiente de los niños y niñas, o necesariamente presente porque por su edad no se los puede dejar solos, y/o supervisar sus juegos. [...] También incorpora un elemento de responsabilidad, asociado al hecho de que quien brinda los cuidados debe estar necesariamente presente (Esquivel et al 2012, 72-77).

Aunque el principal sujeto de investigación de este estudio es la cuidadora y el cuidador, es importante rescatar la figura de los niños como actores, ya que en ellos se corporiza la

obesidad y crea una serie de relaciones entre lo que piensan y hacen al respecto sus cuidadores .

Wieviorka (2008, 24) señala que

el niño, en las ciencias sociales contemporáneas, ya no es un ser inmaduro, un humano en crecimiento que se convertirá en un individuo plenamente adulto a través del proceso de socialización primaria (en la familia, en la escuela) y después secundaria (en el trabajo, en la acción asociativa, etc.) Cada vez es más un actor en toda regla, capaz de conferir un sentido a sus actos, un sujeto.

Por esto, se enfatiza la participación de los niños y las niñas en el proceso de atención como un elemento de la agencia, la cual, para Giddens (en Schuster 1993),

tiene que ver con eventos que el individuo lleva a cabo de manera que lo que pasó no hubiera pasado si el individuo no hubiera intervenido, es decir, sostienen que la agencia es más que la intención de hacer las cosas, es tomar parte, participar dentro de un proceso continuo, donde es fundamental como menciona, para el control del cuerpo, por ejemplo, que ejercen los actores en el transcurso de su vida cotidiana.

Por eso tiene vital importancia explorar la participación que, aunque ha sido construida con base en un bagaje sociocultural, tiene el niño sobre el proceso de atención a su situación de salud.

Para responder las preguntas de investigación consideré un elemento gráfico que permite observar el proceso por el cual se operacionaliza la atención, la trayectoria de atención, que Osorio (2001, 39) define como

el recorrido imaginario que las madres instrumentan en los padecimientos de sus hijos [e hijas]. En este eje se plasman, se operativizan sus saberes, expresándose la construcción social del padecimiento. El inicio de esta carrera curativa se marca con la detección/diagnóstico de algún malestar; su desarrollo incluye toda una serie de decisiones, prácticas y recursos y su terminación conlleva una evaluación de los resultados y un proceso de aprendizaje que retroalimenta las futuras experiencias en los procesos de s/e/a.

No obstante, es importante aclarar que lo que se pretende es expandir este concepto y llevarlo más allá de las madres, que culturalmente han sido quienes han estado presentes en los

procesos de atención a la enfermedad del niño y en general del grupo doméstico. Salas (2011, 68) explica saber doméstico como “el producido por el conjunto de sujetos que tienen que ver con la alimentación infantil, sean familiares o amistades que integran la red de la alimentación infantil, activa o pasivamente, directa o tangencialmente, por acción u omisión”. Así, “el ámbito doméstico es un espacio de la vida social que resulta privilegiado para observar los procesos de salud/enfermedad/atención como eventos de la vida cotidiana, ya que hay una continua convivencia con la enfermedad, unas veces aparece de manera breve y pasajera, mientras que otras llega para quedarse definitivamente” (Osorio 2001, 13).

Es por eso que las cuidadoras instrumentan en una serie de acciones para hacer frente a los padecimientos, y la autoatención entonces permite entender las prácticas que llevan a cabo, siendo así Haro (2000, 119) argumenta que “el cuidado lego son todas aquellas actividades sanitarias y asistenciales que no son efectuadas por profesionales de salud y, por lo tanto, que se diferencian tanto de la atención médica profesional”, y que “comprende un nivel de autocuidado, referido al individuo y a sus prácticas domésticas cotidianas”. Por lo que esta investigación privilegia esas acciones que las cuidadoras emprenden una vez que el niño ha sido diagnosticado con obesidad. Aunque “el modelo de autoatención se desarrolla al interior del grupo familiar y/o redes sociales de apoyo, e incluye una serie de actividades orientadas a curar o prevenir los padecimientos y abatir el daño”, es la figura femenina, según Osorio (2001, 29), la que lleva a cabo la autoatención, aunque en esta investigación se apela por explorar otras perspectivas además del rol de la madre como cuidadora.

El concepto de grupo doméstico se incluye por la importancia que tiene dentro de la atención a la obesidad, además de que es donde se encuentran los actores principales de este proceso, y se define con base en Hernández (2000) y Devillard (1990). Segalen (1997, en Rodríguez 2004) define grupo doméstico como “el conjunto de personas que comparten un mismo espacio de existencia: la noción de cohabitación, de residencia común aquí es fundamental”. También hay una “noción complementaria de familia, más restringida que la del grupo doméstico”, y que se “refiere esencialmente al lazo conyugal”. Así, “la familia está constituida por el padre y la madre, asociación fundada en la alianza y los hijos”, no obstante, “el grupo doméstico, además de la o de las familias puede incluir también personas sin relación de parentesco”. Es importante incluir en la definición que éste también es el espacio donde se contribuye a la generalización de las prácticas sociales, entre ellas, la alimentación y la actividad física.

La obesidad en niños es una construcción sociocultural entrecruzada por diversos elementos sociales, biológicos, culturales, políticos y económicos. Según Osorio (2001), este tipo de “padecimientos” desencadena un proceso de salud/enfermedad/atención; son “identificados, designados, vivenciados, y aprehendidos por los sujetos, a través de un cúmulo de representaciones y prácticas sociales en el marco de una dinámica de institucionalización y legitimación”.

La base teórica de la investigación remite a explorar sobre elementos que conforman a las representaciones y práctica sociales que tienen las cuidadoras y los cuidadores de niños con

obesidad, lo que orienta la selección de los casos, así como el contexto de la investigación y la metodología.

Capítulo IV. Marco contextual

Para ubicar el proyecto de investigación dentro de un espacio y tiempo es importante conocer algunos antecedentes del problema de estudio. En primer lugar, se busca ubicar el problema de obesidad de manera más general y, en segundo, describir la situación nacional según el grupo de edad que es de interés para el presente trabajo.

Se presenta a la obesidad como un problema multidisciplinario y se dan a conocer datos sociodemográficos de Sonora, lugar donde se realiza el proyecto de investigación, con el fin de comprender la importancia que tiene para este estado la ejecución de un estudio de tal magnitud.

Finalmente, se abordan los antecedentes de CONHIES como escenario habitual donde se atiende a gran número de casos con obesidad, y que recobra importancia para el estudio al ser la institución que lo apoya.

La obesidad como problema de salud pública

La OMS reconoce como un problema de salud pública a la obesidad infantil y manifiesta principalmente su preocupación respecto a los niños y las niñas obesos, porque ellos “tenden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles” (OMS 2014).

Aguirre (2012) menciona que el problema ya no se ha considerado propio de los países desarrollados donde usualmente se encontraba, sino que ahora afecta a países en desarrollo; hay cerca de 35 millones de niños con sobrepeso en estos países y 42 a nivel mundial.

Desde 1998, la OMS señaló la importancia de la implementación de políticas para hacer frente al problema de la obesidad; la consideró “epidemia” por las proporciones que había alcanzado en esos últimos años. En 2004 propuso la *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*, cuyo objetivo fue “promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poca sana y a la falta de actividad física” (2004, 4).

Un número significativo de asociaciones civiles y organizaciones que están preocupadas por la condición de sobrepeso y obesidad en México agrupados en la Alianza por la Salud Alimentaria (2014) publica que *Consumers International* y la Federación Mundial de Obesidad hicieron un llamado a la comunidad internacional para elaborar una convención contra los problemas de salud relacionados con la dieta, similar al marco legal que fue creado en 2003 para el control del tabaco. Mencionan que “las muertes globales atribuibles a la obesidad y el sobrepeso han aumentado de 2,6 millones en 2005 a 3,4 millones en 2010, intensificando así la presión sobre los gobiernos para que tomen medidas más enérgicas ante la creciente epidemia de la obesidad y las enfermedades crónicas consecuentes”.

El problema de obesidad en México

Los datos anteriores dejan a la vista que en México ha habido un aumento en la población de todas las edades con sobrepeso y obesidad, lo que ha llevado al país a posicionarse dentro de los primeros lugares en prevalencia de esta enfermedad. “En México, cuatro millones de niños entre

cinco y 11 años padecen obesidad, lo cual coloca a este padecimiento como el principal problema de salud pública en la población infantil de nuestro país” (INSP 2015).

En México se tiene como instrumento la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), que, en su última versión (2012), actualizó la información que genera el Sistema Nacional de Encuestas de Salud, puesto en marcha desde 1986. ENSANUT describe al fenómeno de la obesidad infantil a través de los datos levantados en 2012, y señala que la prevalencia fue de 14.6% en ese año, cuando los niños presentaron 17.4%, casi cinco puntos porcentuales más que las niñas, quienes mostraron 11.8%, esto en edad escolar de 5 a 11 años.

La situación estatal y local en Hermosillo

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en 2012, por entidad federativa el incremento de la obesidad según la media nacional fue claro y alarmante en todas las entidades del norte del país, a excepción de Chihuahua, donde hubo una disminución de 10%, en los demás estados del norte del país hubo una diferencia notoria.

Tabla 1. Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años por entidad federativa en el norte de México (2012).

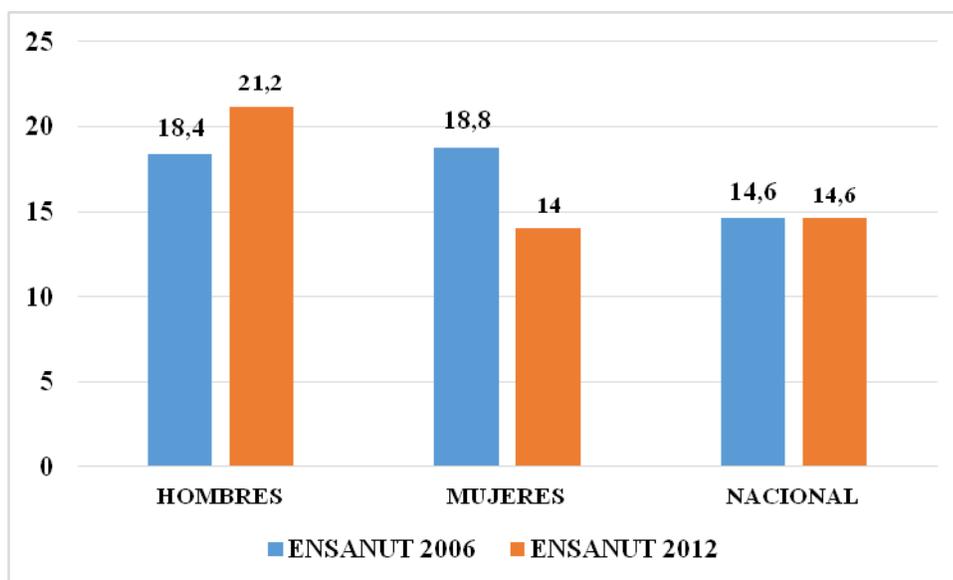
Estado	Muestra	Estatal	Nacional	Incremento
Baja California	436	17.3%	14.6%	2.7%
Sonora	452	17.8%	14.6%	3.2%
Chihuahua	409	14.5%	14.6%	-0.1%
Coahuila	475	18.4%	14.6%	3.8%
Nuevo León	473	19.8%	14.6%	5.2%
Tamaulipas	488	20.3%	14.6%	5.7%

Fuente: elaboración propia con datos de los reportes por entidad federativa de ENSANUT (2012).

En el norte de México existe una situación preocupante para el sector salud debido al incremento que tiene la obesidad en comparación con la prevalencia nacional para ese año, que fue de 14.6% por ciento. Sonora presenta un incremento de obesidad en las áreas urbanas y de sobrepeso en las rurales, en niños en edad escolar de 5 a 11 años (ENSANUT 2012).

Los porcentajes de obesidad en niños y niñas en Sonora se han mantenido constantes en la última década. La gráfica 1 presenta un comparativo entre 2006 y 2012, y es notable que tanto hombres como mujeres rebasan la media nacional de 14.6%; aunque entre 2006 y 2012 los hombres aumentaron .4%, mientras que en las mujeres se observa una reducción de 7.2%.

Gráfica 1. Comparativo de la prevalencia nacional de obesidad en población de 5 a 11 años por sexo en Sonora, México (ENSANUT 2006 y 2012).

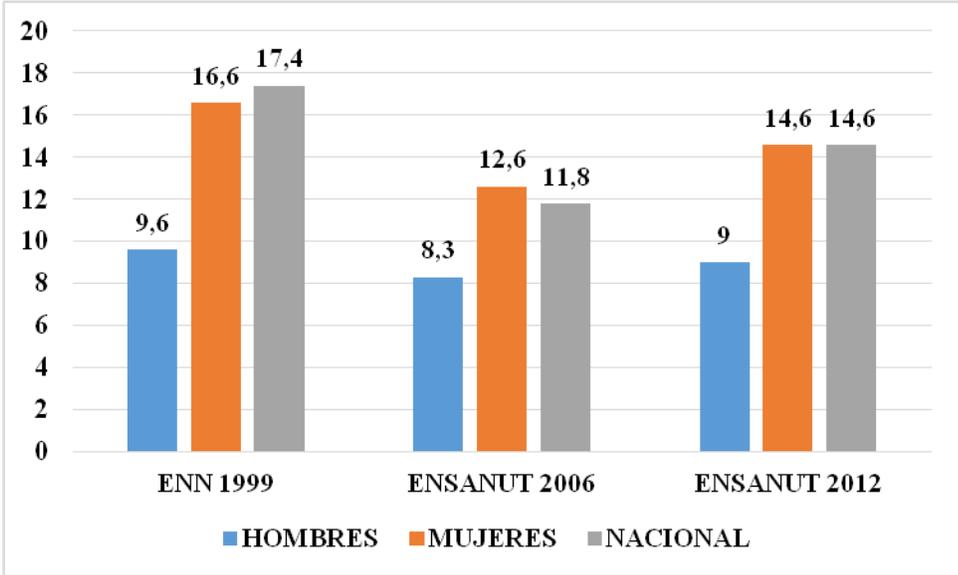


Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT (2012).

La gráfica 2 expone un comparativo a nivel nacional en población de 5 a 11 años, y muestra que tanto para hombres como para mujeres el despunte de la obesidad a partir de 2006

fue considerable; pasó de ocho punto tres por ciento a nueve en hombres y de doce punto seis por ciento a catorce punto seis en mujeres.

Gráfica 2. Comparativo de la prevalencia nacional de obesidad en población de 5 a 11 años de edad, de ENN 99, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012, por sexo (ENSANUT 2012).



Fuente: elaboración propia con datos de ENSANUT (2012).

Con base en la información presentada, los estudios de comportamiento alimentario como los de Sandoval, Domínguez y Cabrera (2009), Gracia (2009) y Meléndez, Cañez y Frías (2010) relatan la importancia del cambio nutricional que ha habido en nuestra sociedad cada vez más influenciada por la globalización y la urbanización, que incitan a adquirir hábitos alimentarios poco saludables y a incrementar el sedentarismo, lo que repercute en una mayor atención por parte del sector salud.

Sobre la derechohabiencia en Sonora, se reportó que el 31.5% de la población tiene acceso a los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), mientras que el

41.35%, al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); el 26.66% es población sin derechohabiencia alguna. En ese orden de ideas, la población derechohabiente a servicios de salud es considerada como el conjunto de personas que tiene derecho a recibir servicios médicos en instituciones de salud públicas o privadas, como resultado de una prestación laboral, por ser pensionado o jubilado, por inscribirse o adquirir un seguro médico o por ser familiar beneficiario; así, en 2010, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)¹² registró con derechohabiencia a un treinta punto dos por ciento en Hermosillo.

Las familias beneficiadas por el seguro popular¹³ conforman el veintiuno punto cuarenta y seis por ciento, 55,292 de las 257,607 que se encuentran beneficiadas en Sonora. En el Hospital Infantil del Estado de Sonora se presta atención, específicamente de nutrición, a familias beneficiadas por este programa. Así, tras la actualización del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), en 2012, entra en el número 108 de intervención, “Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes”.¹⁴

¹² En <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=26>.

¹³ García-Junco (2012) menciona que con el Sistema de Protección Social en Salud, las personas que no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social tienen acceso a las acciones de protección social en salud, cuya principal fuente de financiamiento son recursos públicos tanto federales como estatales, y que se encuentran contemplados en un catálogo de servicios esenciales de salud que incluye sin costo adicional los exámenes de laboratorio y gabinete, así como los medicamentos asociados con los tratamientos. Los servicios esenciales de salud son una combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.

¹⁴ En http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/index/pdf/causes2012.pdf.

En CAUSES (2012, 153-154)¹⁵ se describe lo siguiente:

Cada vez son más los niños con problemas de malnutrición, debido principalmente a los deficientes hábitos alimenticios entre ellos el exceso de consumo. En estudios realizados se ha determinado que este problema arroja una población de 40 a 45% de niños mexicanos con sobrepeso y obesidad declarada y el 47% se encuentra en edad escolar entre 5 y 12 años. Ante esta situación se ha dado la más alta prioridad a tratar estos problemas de salud debido a que niños y adolescentes son el principal enfoque de salud en prevención. El tratamiento debe ser enfocado a modificar el estilo de vida del individuo, tanto en los hábitos alimentarios como en su vida diaria, promoción de la actividad física progresiva y disminución de los excesos calóricos.

El sector salud, a través de este programa de seguro popular, ha señalado al sobrepeso y a la obesidad como enfermedades al incluirlos dentro de CAUSES.

Por otro lado, en las consultas en páginas oficiales de internet de las instituciones médicas con mayor número de derechohabientes, realizadas en meses anteriores, fue posible ver de qué manera está siendo atendida la obesidad en IMSS y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora (ISSSTESON).

IMSS publicó en 2015, a través del portal *Salud en línea*,¹⁶ información relevante sobre algunas de las situaciones de salud. Uno de estos artículos, relevante para el proyecto de investigación, trata el tema de la obesidad en el niño y la niña; en este apartado, IMSS señala que “México ocupa el primer lugar en obesidad infantil en el mundo, por ello, es importante tomar

¹⁵ “Es un documento de referencia que sirve de herramienta indicativa e instrumental de los servicios de salud a los que tiene derecho un beneficiario del Sistema de Protección Social en Salud, y los cuales están basados en los avances científico-técnicos de la medicina y que los prestadores de servicios, deben otorgar de forma puntual, suficiente, documentada, equitativa y con los estándares de calidad apropiados y el trato respetuoso y de servicio público que debe contener la oferta de servicio” García-Junco (2012, 521).

¹⁶ En <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/obesidad-menoreedad>.

conciencia y realizar las acciones adecuadas para combatir este problema”, sin embargo, no señala ni cita las fuentes de donde se obtiene el dato. A su vez, muestra también los factores de riesgos y enfatiza dos, físicos y culturales:

Debido a los videojuegos, televisión, *tablets*, celulares y computadoras, los niños pasan varias horas sentados, sin gastar energía; al no ser utilizada se convierte en grasa y se acumula en el organismo generando sobrepeso y obesidad. [...] La genética también puede influir, ya que si los padres presentan obesidad o las madres durante los primeros 3 meses de gestación, existe la posibilidad que los hijos padezcan sobrepeso durante la niñez y/o adolescencia.

Además, señala que “los factores culturales contribuyen a una correcta o mala alimentación, si los adultos siguen una dieta poco saludable y no hacen ejercicio, los niños y adolescentes seguirán esa forma de vida”, y complementa que “quien padece obesidad y sobrepeso en etapas tempranas de la vida, puede sufrir daños en su autoestima, provocando inseguridad o dificultad para relacionarse, ansiedad, depresión y pensamientos negativos”.

Otras formas de atención son las que ofrecen ISSSTE¹⁷ e ISSSTESON. Se documentó que para el primero hay atención individualizada al niño o a la niña con obesidad, como a cualquier otra persona con la misma situación de salud; se hace a través de un nutriólogo, al igual que en IMSS, e inclusive hay grupos de ayuda que se llevan a cabo horarios específicos, pero que no están focalizados en edades y los temas son generales. En el caso de ISSSTESON, se sabe que existe una clínica de obesidad, pero se desconoce en qué consiste su atención, pues no se brindó información por parte de este organismo.

¹⁷ Charla informal con trabajadoras sociales de la institución local.

CONHIES: Un espacio de atención en Hermosillo

CONHIES surgió ante una necesidad de atender a los niños y las niñas con sobrepeso y obesidad hace poco más de doce años, con base en los resultados de la primera Encuesta Nacional de Nutrición que se publicó en 1999. Casi el treinta por ciento del problema de prevalencia de obesidad y sobrepeso del total mundial se encontraba en México.

La clínica fue inaugurada en noviembre de 2005. Actualmente es un espacio que ofrece tratamiento a menores de 18 años que tienen sobrepeso y obesidad, diagnosticados con base en antropometrías y estudios clínicos; se les brinda seguimiento a lo largo de dos años para apoyarlos en el proceso de disminución de peso y cambio de hábitos, para que logren ser saludables.¹⁸

¹⁸ Entrevista realizada al director de CONHIES, el médico Hugo Murrieta, en septiembre de 2014.

Capítulo V. Marco metodológico

Es necesario reconocer que no existe un sólo camino científico para el conocimiento de nuestra realidad; es más, que la realidad no se limita ni tiene que ver ante todo con lo palpable, con lo medible, con lo que es factible de ser inventariado.

González (2001, 89)

Mejía Arauz (2003, 20) señala que “el proceso de investigación no puede ser definido en primer lugar por la adhesión a una tradición metodológica, sino en términos de lo que se requiere investigar de acuerdo con el foco y las preguntas de investigación”. Por ello, esta investigación explora y analiza las representaciones y prácticas sociales que las cuidadoras y los cuidadores de niños con obesidad tienen sobre el proceso de atención a esta condición, es decir, lo que saben y hacen para atender esta situación de salud.

Martínez (2006, 124) menciona que “la vida personal, social e institucional, en el mundo actual, se ha vuelto cada vez más compleja en todas sus dimensiones. Esta realidad ha hecho más difíciles los procesos metodológicos para conocerla en profundidad, conocimiento que necesitamos sin alternativa posible para lograr el progreso de la sociedad en que vivimos”. Define investigación cualitativa como aquella que “trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. De aquí, que lo cualitativo (que es el todo integrado) no se opone a lo cuantitativo (que es sólo un aspecto), sino que lo implica e integra, especialmente donde sea importante” (ibídem).

La investigación cualitativa en el área de salud y desde una perspectiva sociocultural ofrece una alternativa para el estudio de las enfermedades o situaciones de salud que toma en cuenta la perspectiva del paciente y su contexto cultural en conjunto con el sistema biomédico. Así, el proceso de la investigación cualitativa se diferencia de las otras formas de realizar investigación por el tipo de datos obtenidos y la forma de análisis, pues se centran más en las cualidades de los hechos que en dimensiones cuantificables.

Este proyecto parte de la identificación de *casos*;¹⁹ retoma de Jiménez (2012, 142) y Yin (2009) que “el estudio de caso permite analizar el fenómeno objeto de estudio en su contexto real, utilizando múltiples fuentes de evidencia cuantitativas y/o cualitativas simultáneamente. [...] Conlleva un empleo de abundante información subjetiva y una elevada influencia del juicio subjetivo del investigador en la selección e interpretación de la información”.

Elegí entrevistar a las cuidadoras, siguiendo una guía semiestructurada como estrategia de investigación. Con esta técnica se realizó un primer acercamiento a la reconstrucción del caso, pues, según Huberman y Miles (2000, 273), “los casos son individuos o más unidades molares que deben compartir varias características en común: una familia, una tribu, una pequeña empresa, un vecindario, una comunidad. Los casos también pueden ser instancias de un fenómeno más grande [...], generalmente de un proceso social importante”. El proceso de atención como proceso sociocultural permite contextualizar a los principales actores sociales que incurren en él a ser vistos bajo esta estrategia, pues “según Ragin (1987), un enfoque orientado a

¹⁹ Hay controversias sobre el uso de casos para las ciencias sociales y médicas, pues para ambas tradiciones disciplinarias tienen significados diferentes; por un lado, de manera amplia y compleja, como en el estudio de las ciencias sociales, y por otro, son prácticos y operativos para las ciencias médicas.

los casos examina cada entidad, después deduce las configuraciones que hay dentro de cada caso y los sujeta a un análisis comparativo” (ibídem).

El trabajo de campo

El trabajo de campo se llevó a cabo en dos escenarios, siguiendo un orden temporal. En un primer momento, se realizó un ejercicio de observación no participante en CONHIES, y en uno segundo, se entrevistó a cuidadores y cuidadoras de niños y niñas con obesidad. En CONHIES tuvo lugar la selección de los casos, que se basó en la caracterización típica de atención de dicho espacio y que fueron casos atendidos entre 2014 y 2015.

La elección de los casos (ver anexo 2) se realizó de acuerdo con una tipología que comprendió las características poblacionales más recurrentes de quienes acuden al servicio médico. Se entrevistó al director de CONHIES, quien explicó, desde su experiencia y con base en la estadística del programa, las características que posee el caso típico de atención:

- El niño o la niña se hace acompañar por la madre a la consulta.
- Algunos de los padres o cuidadores del niño presentan sobrepeso u obesidad.
- La edad de los niños y las niñas varía entre 8 y 15 años.
- El niño es miembro de una familia donde hay dos o tres hermanos.
- Son de población urbana y de un estrato socioeconómico medio-bajo.

Se trató de un estudio cualitativo, que retomó propuestas de análisis de la antropología médica, y buscó conocer cómo comprenden y atienden las personas que tienen bajo su responsabilidad el cuidado cotidiano en el hogar de niños y niñas con obesidad, quienes tienen

entre 6 y 12 años de edad; denominados escolares, según el léxico del sector educativo y biomédico. La OMS maneja los términos escolar o segunda infancia, mientras que para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la infancia se da “entre los 6 y los 11 años de edad”. En este estudio, se designa como niños y niñas a personas de entre 6 y 12 años de edad, con el fin de que sea una categoría que señale su condición general, para que pueda ser analizada desde otras disciplinas con mayor fluidez y precisión, pues, a fin de cuentas, esta etapa es esencial para “consolidar las capacidades físicas e intelectuales, para la socialización con las demás personas y para formar la identidad y la autoestima de los individuos” (UNICEF México).

La gestión para entrar al Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES), específicamente a CONHIES (proceso administrativo que se detalla en el anexo 3). Una vez que fue registrado el proyecto ante los Servicios de salud en Sonora y se tuvo la autorización de HIES, comenzó observación para conocer la rutina de CONHIES. Se finalizó en este espacio con la observación no participante dentro de la consulta (ver anexo 4, guía de observación). La etapa posterior del trabajo de campo consistió en asistir a las casas de las cuidadoras y los cuidadores que aceptaron participar en el estudio, previo a ello se realizó una solicitud por parte de HIES a las cuidadoras para invitarlas a participar, esto consistió en llamadas telefónicas a las posibles candidatas por parte de Ambar, una vez que aceptaron participar ésta me proporcionó los datos para yo realizar la primer visita.

Tabla 2. Esquema cronológico de trabajo de campo.

Trabajo de campo				
Etapa	Fecha	Actividad	Propósito	Instrumento
1	Enero 2015	Práctica institucional.	Revisión documental, de materiales educativos y de apoyo sobre obesidad en niños de CONHIES.	Planeación.
	Abril y mayo 2015	Observación no participante de la práctica médica (estudio sombra).	Documentar las actividades que comprende la atención directa a los niños y las niñas y a las cuidadoras y los cuidadores que acuden a consulta y observar la rutina cotidiana en CONHIES.	Guía de observación.
	Junio 2015	Redacción de estudio sombra.	Reconstrucción de la atención en CONHIES.	Programa de análisis cualitativo Nvivo 10.
2	Junio-julio 2015	Visitas domiciliaria y entrevistas semiestructuradas.	Recabar información sobre las representaciones sociales y las prácticas respecto al proceso de atención que tienen las cuidadoras y los cuidadores sobre la obesidad de los niños y las niñas.	Mapa de localización y guía de entrevista.
3	Agosto, septiembre y octubre 2015	Análisis de información.	Conocer las representaciones y prácticas sociales sobre el proceso de atención, así como localizar similitudes en los casos en cuanto al proceso de atención.	Programa de análisis cualitativo Nvivo 10.

La primera etapa tuvo lugar en abril y mayo (aunque ya se contaba con el antecedente de la práctica institucional llevada a cabo en enero del 2015). Se realizó observación de la práctica médica mediante un estudio sombra, el cual documenta las actividades que comprende la atención directa a los niños y las niñas y a las cuidadoras y los cuidadores que acuden a consulta, para observar la rutina cotidiana en CONHIES. Se tomó como base el estudio de Castro (2008) donde se propuso “identificar la traducción de los derechos en la atención como el acceso a una atención oportuna, el derecho a la información, respeto a la autonomía en la toma de decisiones y

a la privacidad y dignidad de la paciente”; el estudio sombra que llevó a cabo le permitió “conocer de primera mano la interacción que se establece entre el médico y la paciente, los comportamientos de ambos, la estructura de la consulta médica y sus dinámicas, las prácticas de atención y quiénes intervienen”.

En este periodo también se llevaron a cabo otras actividades:

- Se exploraron las características de los usuarios en los registros de la clínica con la finalidad de organizar las tipologías que permitieran la selección de los casos.
- Se contactó a las cuidadoras y los cuidadores para realizar visitas domiciliarias y entrevistas individuales.

Durante esta etapa también se transcribió el estudio sombra y se reconstruyeron las rutinas de la práctica médica, a través de las transcripciones de la observación, a la par se elaboró de guía de entrevista (ver anexo 5), en este caso semiestructurada, para hacer una combinación de preguntas abiertas y cerradas. Cabello (2010), menciona que las entrevistas aumentan la comunicación con los entrevistados y las entrevistadas: “el escuchar con cuidado y hacer una reflexión sobre los comentarios críticos y las percepciones sobre los aspectos [facilita] la exploración a profundidad de las ideas, sentimientos y actitudes relevantes del tema” fueron avaladas por el equipo multidisciplinario y para su elaboración me basé en los estudios de Alcántara (2014), Sánchez (2012) y Coutiño (2012).

La aplicación se llevó a cabo previa autorización de las cuidadoras en la fecha y horario establecido por las mismas, se realizaron visitas domiciliarias, las cuales “tienen lugar en el ambiente en el cual la persona desarrolla su vida cotidiana, que se basa en un proceso de

comunicación verbal y no verbal, que se caracterizan por un objetivo definido” (Montaño 2000), en este caso, investigación. Las visitas fueron útiles para recabar información, a través de entrevistas semiestructuradas, sobre las representaciones y prácticas sociales que las cuidadoras y los cuidadores tienen respecto al proceso de atención a la obesidad de los niños y las niñas, incluyendo la atención que se brinda en CONHIES.

Hice dos visitas a cada domicilio; en la primera se otorgó una hoja de información (ver anexo 6) del proyecto de investigación, en la segunda visita solicité la firma del consentimiento informado (ver anexo 7) previa explicación y posterior apliqué la entrevista. La duración de las entrevistas fue de una hora cada una, en promedio. Una vez realizadas las entrevistas, las transcribí en el procesador de textos y las escuché repetidamente.

En la transcripción de las entrevistas, la información recopilada de las mismas, me apoyé referenciando según el formato siguiente: abrí un paréntesis e inicié con las sigas GD, que significan grupo doméstico, seguidas del número, que varía de uno a ocho; seguido de un guion bajo con el nombre de la cuidadora o el cuidador que refiere la cita. Sin embargo, en algunas ocasiones aparece el apellido del GD, pues en el discurso participa más de una persona:

Tabla 3. Claves de las citas en las entrevistas.

Clave	Descripción
(GD 1_ Octavio)	Padre en el GD de los Acosta, participa en la entrevista.
(GD 1_ Fátima)	Madre y cuidadora principal de Dámaris y Susana.
(GD 1_ Dámaris) (GD 1_ Susana)	Participación esporádica durante la entrevista.
(GD 1_ Acosta)	Participan más de dos integrantes del GD en el diálogo.
(GD 2_ María)	Madre y cuidadora principal de Dalilah.
(GD 3_ Mónica)	Madre y cuidadora principal de Sofía.
(GD 4_ Monserrat)	Madre y cuidadora principal de Eloísa.
(GD 4_ Eloísa)	Participa esporádicamente en la entrevista.
(GD 5_ Nuria)	Madre y cuidadora principal de Kristian.
(GD 6_ Gloria)	Madre en el GD de los Íñiguez, participa en la entrevista.
(GD 6_ Ignacio)	Padre y cuidador principal de Irving
(GD 6_ Irving)	Participa esporádicamente en la entrevista
(GD 6_ Íñiguez)	Participan más de dos integrantes del GD en el diálogo.
(GD 7_ Verónica)	Madre y cuidadora principal de Narciso y Orlando.
(GD 8_ Marisela)	Madre y cuidadora principal de Damián.

Finalizada la transcripción, trabajé en Nvivo 10, un *software* que permite compilar, organizar y analizar datos cualitativos.

Me apoyé con una libreta de notas, donde realicé esquemas conceptuales para organizar la información. Posteriormente, llevé a cabo el análisis *espejeando* (revisando contantemente los conceptos del marco teórico y, sobre todo, las preguntas de investigación).

Es necesario aclarar que en este estudio las representaciones y prácticas sociales están enlazadas y entreveradas unas con otras, por lo que las prácticas, a reserva de lo que se observó en la consulta, fueron “prácticas observadas”, y en las entrevistas se reflejaron de manera indirecta, es decir, las prácticas fueron “referidas” por las cuidadoras y los cuidadores.

Se documentaron ocho casos que cubrieron los siguientes criterios de selección:²⁰

- Atenderse en CONHIES entre 2013 y 2015.
- Constituir grupos domésticos de niños con diagnóstico de obesidad.

A partir de las características de la población atendida en CONHIES, se estableció la siguiente tipología:

A	B
Se atiende actualmente en CONHIES	Se atiende actualmente en CONHIES
De 6 a 8 años de edad	De 9 a 12 años de edad
Un hombre y una mujer	Tres hombres y tres mujeres

Inicialmente se buscó que hubiera igual número de casos de cuidadores y cuidadoras, así como de niños y niñas de seis a ocho años y de nueve a doce, más esto último no fue posible. Sólo se entrevistó a cuidadores y cuidadoras de cuatro niños y cuatro niñas. La edad de los niños y las niñas no se consideró en esta ocasión, pero queda como un elemento a explorar para hacer comparaciones en futuras investigaciones.

Consideraciones éticas en el estudio

González (2001, 89) afirma que “la salud es uno de los temas más sensibles dentro del entramado social, involucra las capacidades y potencialidades físicas, psicológicas y morales con las que el hombre participa dentro de su entorno social más ampliado”. Galán (2010) argumenta que ya no basta con delimitar la ética en la investigación para “defender la integridad y el

²⁰ Algunos casos fueron excluidos bajo dos criterios: que no aceptaran participar y que la ubicación de la casa no fuera localizada.

bienestar de los sujetos, a fin de protegerles frente a eventuales malas prácticas”, es decir, debe ampliarse un “marco completo de actuación”.

No basta, entonces, con una carta de consentimiento informado;²¹ hay que rebasar este instrumento. Si bien hay una discusión ardua sobre la ética en los estudios de salud, donde la bioética es la encargada de mediar dilemas propios de los proyectos de investigación, se requiere una mayor apertura de los espacios propios de la salud, los médicos, por ejemplo, en los que se permita establecer acuerdos amplios con los sujetos interactuantes en una investigación.

En este estudio se presentaron consideraciones éticas, por ejemplo, el hecho de que los nombres y apellidos de los grupos domésticos de los participantes fueran cambiados con el fin de resguardar la confidencialidad, aunque algunos de ellos dieran su consentimiento para que apareciera su nombre real.

Otra consideración que surgió al momento de comenzar a realizar las visitas fue que el investigador fue hombre, y la mayoría de las entrevistadas, mujeres; esto podría tener algún sesgo en cuanto a la información que ellas compartieran, pues se encontraba dentro de la cotidianidad y rutina de la vida privada de las participantes.

Es importante resguardar la confidencialidad porque se encara una situación de salud/enfermedad/atención que constantemente internaliza una serie de elementos

²¹Aranda (2010) puntualiza que “el consentimiento informado no debe ser entendido sólo como la firma de un convenio que sólo informe a los sujetos de todos los riesgos físicos o psicológicos posibles”, porque esto puede limitar la agencia de los sujetos para la participación dentro de un proyecto de investigación, entre otras circunstancias negativas para el mismo proyecto o, en su defecto, para los sujetos interactuantes.

socioculturales. Estos aspectos o elementos son esenciales para conocer las formas en que se atienden y entienden diversas situaciones de salud en las poblaciones (Ramírez, 2011), las cuales, algunas veces, señalan al individuo como responsable de su estado de salud.

En el mismo orden de ideas se encuentra una “doble vulnerabilidad” de quien o quienes tienen obesidad, en este caso, los niños y las niñas; por un lado, vivir con una situación crónico-degenerativa y, por el otro, la edad tan temprana para hacerle frente a la obesidad. Por ello es de interés avivar la voz²² de los niños y las niñas como sujetos activos y partícipes en el proceso de salud/enfermedad/atención respecto a la situación de obesidad que presentan, aunque para este estudio el énfasis radicó en las cuidadoras y los cuidadores.

Por lo anterior se tuvo el respaldo de un equipo multidisciplinario que asesoró, revisó y analizó críticamente las actividades y tareas previas a realizar para la obtención de información. El proyecto de investigación fue sometido al comité de bioética de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora y obtuvo el registro número 278. También fue avalado por el Comité Ética e Investigación del Hospital Infantil del Estado de Sonora, una vez aprobado por el Comité de ética del Colegio de Sonora y Coordinación de Posgrado de la misma Institución. Todo se realizó pro de la seguridad del estudiante y de los sujetos interactuantes, se respetó el principio de

²²González menciona que se ha tomado el concepto de sanidad siendo legado del mundo occidental que vivimos, sin embargo menciona que “estamos dejando de lado el hecho de que la enfermedad no surge sino en el momento en que es sancionada y reconocida como tal dentro de nuestras sociedades (Ackerknecht 1985). Tal vez el importante de este planteamiento sea el hecho de dar luz (tal vez voz) a las diferentes maneras en que los problemas de salud son vividos por el actor en sus propias representaciones cotidianas, y que en términos de conocimientos abarcan mucho más de lo que puede aportar la generalización y la estadística” (2001, 90).

confidencialidad y, en caso de que el sujeto deseara abandonar el estudio, lo hiciera en plena libertad, para generar el mayor beneficio y el menor perjuicio para ambas partes.

Se tomaron en cuenta también las condiciones de éticas enmarcadas del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud²³, por ejemplo:

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14. La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad.

Artículo 22. El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II. Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

²³ En: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Capítulo VI. La atención en la CONHIES, un espacio médico en Sonora

El proceso de entrada a CONHIES

Para llevar a cabo el estudio, fue necesario cumplir con los requerimientos normativos que conllevan a una serie de trámites administrativos en los Servicios de Salud del Estado de Sonora, HIES y El Colegio de Sonora (anexo 3).

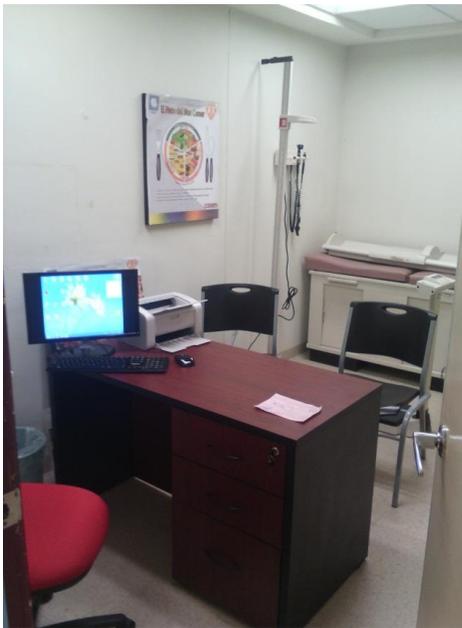
En un primer momento se visitó al doctor Murrieta con el fin de explicar cuál era la idea del estudio, mientras se delimitaba el protocolo de investigación, que fue presentado en la Dirección de Enseñanza e Investigación de HIES y, posteriormente, en la Dirección de Enseñanza e Investigación de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora.

Una vez que el proyecto fue registrado en Servicios de Salud del Estado de Sonora, se dio continuidad en HIES, donde fue aceptado en marzo de 2014, lo que permitió avanzar con la programación del trabajo y realizar posteriormente un estudio sombra a finales de abril y principios de mayo; esto dio como resultado elementos de la interacción entre los usuarios de atención y el personal médico de CONHIES.

CONHIES realiza sus actividades en un consultorio que se encuentra ubicado en el cuarto piso de HIES. Diariamente se programan cinco consultas, que se realizan en un periodo estimado de dos horas, de 9:00 a 11:00 horas. El horario y la duración de la consulta varían, ya que la duración de cada una es distinta, no comienzan a tiempo y diariamente no se tienen cinco consultas.

La clínica cuenta con un recibidor en forma de media luna, que separa el área de hospitalización de la de espera, la cual es reducida; generalmente se encuentran en ella personas con bebés en brazos. El consultorio es un espacio pequeño, con un escritorio, dos sillas -una para quien realiza la consulta-, una impresora, un lavamanos, un porta papel y material para el mismo, un estadímetro de pared y un infantómetro, así como dos básculas y una cama de exploración. Las paredes son blancas y en ellas se encuentran tres láminas del plato del buen comer, donde aparecen los tres grupos básicos la alimentación.

Imagen 1. El espacio de la consulta en CONHIES.



Nutrición. La consulta externa

La consulta está a cargo del doctor Hugo Murrieta y la licenciada Rosa Tijerina de lunes a viernes. Los lunes, miércoles y viernes, la licenciada Tijerina se encarga de apoyar a los casos abiertos; los martes y jueves, casos nuevos acuden a CONHIES y son atendidos por el doctor

Murrieta. Los lunes y viernes, los pasantes de la licenciada Tijerina dan consulta, mientras los martes y jueves, una prestadora de servicio social (pasante también) atiende las consultas, esporádicamente acompañada por el doctor Murrieta.

Los niños, niñas y adolescentes que acuden a consulta lo hacen en compañía de sus cuidadores (mujeres en su mayoría), ya sean madres, abuelas o tutores; casi nunca acude el padre. El límite de pacientes para consultar por día es seis, aunque en promedio, durante el trabajo de observación de esta investigación, se observó en promedio tres consultas por día, sin embargo, en algunos los pacientes ascendían hasta ocho, mientras que en otros acudían sólo dos. Todo paciente nuevo es atendido por el doctor Murrieta, quien puede o no dar seguimiento a su caso.

La atención que se brinda en CONHIES tiene tres pilares fundamentales. El primero tiene que ver con el aspecto alimenticio, que informa sobre el manejo nutricional a través de una estrategia denominada “semáforo”, donde, de manera gráfica, se expone lo que se debe comer en mayor, moderada y menor cantidad, a través de los colores del semáforo, rojo, amarillo y verde. Con el hecho de eliminar de la dieta los alimentos que aparecen en color rojo basta para reducir el peso de los niños y las niñas, menciona el doctor Murrieta.

Imagen 2. Semáforo de los alimentos equivalentes



Fuente: elaborado por el personal de nutrición de HIES.

El segundo pilar es el aspecto de la actividad física. Hay dos tipos de acciones que pueden realizarse: dentro de la casa, los quehaceres hogareños, como barrer, trapear, limpiar, entre otros, tienen como fin la activación; en segundo orden, la actividad fuera del hogar, específicamente una caminata de 25 a 30 minutos ayuda a bajar de peso. Si la segunda actividad no es posible, señala el doctor, es preciso que se hagan actividades dentro del hogar.

Se le preguntó al médico cómo sabía si el paciente seguía las recomendaciones alimenticias y de actividades físicas, a lo que respondió que eso se reflejaba en cada consulta a la

que acudía el paciente, a la hora de pesarlo, medirlo y hablar con él. En muchas ocasiones, puntualiza, las madres o las cuidadoras y los cuidadores no están al pendiente de las actividades del niño.

El tercer pilar se relaciona con el punto anterior; se refiere a limitar los hábitos sedentarios y la conducta permisiva de las cuidadoras y los cuidadores, sobre todo el tiempo que el niño pasa frente al televisor o la computadora.

El doctor Murrieta señala que, de cada diez casos que se atienden en CONHIES, sólo tres siguen los consejos que se les otorgan en las consultas; los siete restantes ya no acuden a las citas, y excusan mediante pretextos.

A la par de la consulta, se ofrecen pláticas mensuales, tituladas “Adaptando hábitos saludables”. Son doce pláticas en las que se abordan diferentes temáticas.

Imagen 3. Calendario de pláticas mensuales

ENERO 15 ¡BIENVENIDA! Objetivo Calendario Alcance del programa	JULIO 9 Mi alimentación y la actividad
FEBRERO 12 Cambiando mis hábitos de vida "Nuevo cuerpo mejor vida"	AGOSTO 13 Alimento chatarra contra alimentos saludables
MARZO 12 Contenido de grasa en los alimentos comunes	SEPTIEMBRE 10 Trastornos por atracón
ABRIL 9 Historia de vida: ¿Qué le habría pasado a Pepito si se hubiera cuidado?	OCTUBRE 8 CHEF: Sugerencias de platillos saludables y degustación
MAYO 14 Ortopedia: Mis huesos y como se afectan con el exceso de peso	NOVIEMBRE 12 Bebidas azucaradas y los edulcorantes
JUNIO 11 Aprendiendo a servir mi plato: Porciones y equivalentes	DICIEMBRE 10 CIERRE-POSADA Cierre del programa anual, convivencia y premiación de los que se esforzaron

NO OLVIDES TRAER TU CARNET

Fuente: elaborado por la licenciada Ámbar Quijada.

Durante el estudio sombra, se pudo observar que la asistencia a las pláticas era de tres a cuatro niños, acompañados de sus cuidadores, más el personal de nutrición (pasantes de servicio social de las diferentes áreas de HIES), quienes, en algunas ocasiones, apoyaban en las dinámicas de las sesiones. La licenciada Ámbar Quintero fue quien impartió estas pláticas, en compañía de algunos profesionales que le apoyaron en temas específicos.

Estudio sombra. Observación no participante en la CONHIES

La consulta médica, según Castro (2008), es un espacio privilegiado para observar las expresiones y las estrategias que se enmarcan en la cultura médica. Se retoma el objetivo de su trabajo, “identificar la traducción de los derechos en la atención [de la salud] como el acceso a una atención oportuna, el derecho a la información, respeto a la autonomía en la toma de decisiones y a la privacidad y dignidad de la paciente”, para tener la base de la observación no participante que se llevó a cabo dentro de las instalaciones de CONHIES.

Castro relata que “la cultura médica del personal [de salud] se enmarca en el modelo biomédico que prevalece en los sistemas de atención, los cuales presenta las siguientes características: verticalidad en las relaciones, dominio del saber médico y parcelación del conocimiento”. Afirma que “la consulta médica se compone de varios elementos, pero esencialmente es reconocida como el espacio de la relación médico-paciente” (ibídem), donde esos elementos configuran la dinámica de la misma y consolidan el logro de los objetivos por los cuales se acude a este espacio.

Durante la realización del estudio sombra, se observó que el director sólo cuenta con una prestadora de servicio social, quien se hace cargo de la consulta y de la organización de las pláticas mensuales. A su vez, otra licenciada en nutrición, perteneciente al hospital, también se apoya en prestadores de servicio social para realizar su trabajo.

Para ser usuario de atención y llegar a la consulta externa de nutrición es necesario ser referido por una unidad de salud, como un centro de salud o de manera personal, a través de la petición de consulta mediante el Seguro Popular.

La consulta en la CONHIES

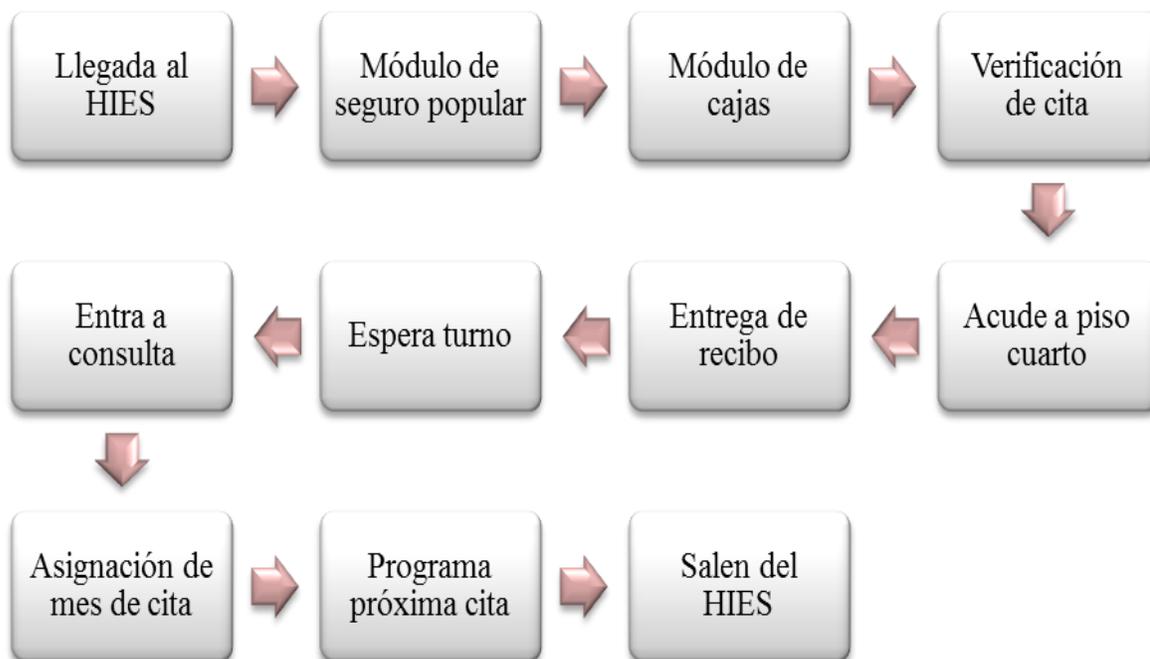
En este apartado se presenta la información recopilada de la observación no participante que se llevó a cabo en abril y mayo de 2015, en la consulta externa de nutrición dentro de las instalaciones de CONHIES. En total se observaron sesenta y siete consultas durante cerca de setenta horas; los registros se hicieron a través de una libreta de notas.

Cada día, Clara Rodríguez, la recepcionista del piso 4 (donde se encuentra CONHIES) recibe la hoja de consultas esperadas diariamente. Clara es la encargada de solicitar a los encargados de archivo los expedientes de las consultas que se encuentran programadas para las especialidades del piso 4. Una vez que llegan los expedientes, Clara comienza a recibir a los niños y las niñas, acompañados del cuidador, quien entrega a Clara la hoja rosa que confirma el pago de la consulta.²⁴ Una vez que llega la hora de la consulta, nombran a los niños y las niñas

²⁴ La consulta es gratuita si el paciente cuenta con seguro popular; de lo contrario, el costo es de \$80.00 pesos por consulta en nutrición.

que va a recibir el servicio y, de uno en uno, entran al consultorio. María explica el itinerario para acudir a la consulta:

Figura 1. Itinerario para entrar a consulta.



Fuente: elaboración propia con base en la observación y las entrevistas.

La consulta tiene tres modalidades de acuerdo con los participantes:

- Médico-niño-cuidador: se hace énfasis en las actividades que se han llevado a cabo después de la última consulta.
- Nutrióloga-niño-cuidador: la consulta está centrada en la parte nutricional, se brindan opciones para el plan alimenticio que se está llevando a cabo.

- Médico-nutrióloga-niño-cuidador: es una consulta más integral. Se habla de las actividades que han mejorado después de la última consulta y de las recomendaciones sobre el plan alimenticio.

Las consultas siguen una rutina generalizada:

Figura 2. Rutina de la consulta en CONHIES.



Fuente: elaboración propia con base en observaciones en CONHIES durante 2015.

Revisión del expediente por parte de quien imparte la consulta

El personal de salud que va a brindar el servicio, minutos antes de la consulta, lee el expediente del niño que va a recibir. Dicho expediente es subido a Nutrición (pues se encuentra en archivo,

en el sótano del hospital) por el personal que trabaja en la misma área y es entregado a Clara, quien es la que se encarga de dar los archivos al personal que va a brindar la consulta junto con la hoja rosa. Algunas veces se observó que los médicos leían el expediente mientras las personas aguardan en la sala de espera; otras, ya dentro de la misma consulta. Sin embargo, cuando lo hace, el médico lo busca en la base de datos, y revisa los indicadores antropométricos y los datos, y hojea el expediente. Si es otra persona quien atiende al niño, como la nutrióloga, revisa únicamente lo que se encuentra en el expediente y se basa en lo que se anota en la última hoja de consulta.

Saludo/recibimiento de ambas partes

Por lo general, las consultas se llevaron a cabo en un ambiente agradable y los prestadores de servicio utilizaron un tono muy amigable. Antes de iniciar el interrogatorio con el niño o el cuidador que lo acompañaba, se buscaba establecer empatía con los mismos por parte del personal. Se utilizaban cerca de tres minutos para hacer sentir cómodo al niño, así como a su cuidador. El personal de salud considera que este tiempo es importante para establecer una relación de confianza entre ambas partes;²⁵ incluyen preguntas dirigidas a explorar el estilo de vida, sobre todo en la primera cita.

Es importante hacer notar que siempre se mantiene un tono generalmente formal, no obstante, la consulta es empática (la participación de los que están presentes es afectiva, cordial, amable y, sobretodo, comprensiva), y se ajusta a quien está en ella; si se habla con los niños y las

²⁵ De aquí en adelante se utilizará este término para referirse a la parte médica, que puede ser el mismo médico o la nutrióloga; también se le llamará experto. A su vez, la contraparte, bajo el término lega, se referirá a aquellos que acuden a la consulta, es decir, el niño o la niña y su cuidador.

niñas, se utilizan palabras que ellos puedan entender. Con las cuidadoras y los cuidadores, por ejemplo, se utilizan algunos tecnicismos:

Madre: “En los estudios, ¿cómo salió [la niña]?”

Ámbar: “Salió bajita en el HDL, que es el colesterol bueno, que éste lo que hace que es agarrar el colesterol malo, que es el LDL, de las arterias, y lo que hace es como barrerlo como una escoba y desecharlo, y si está bajo allí podemos tener un problemita”.

Interrogatorio

La técnica que utiliza el personal que atiende en CONHIES para la obtención de la información es una entrevista abierta. Mediante un formato de registro, se captura lo que el paciente consumió en un lapso de veinticuatro horas, cantidades y componentes; mas sólo si está presente la nutrióloga, de lo contrario, el médico explora las actividades que realiza el niño durante el día.

Fue notorio que el *rapport*,²⁶ no se estableció con todos los casos, e independientemente de ello se procede a realizar el interrogatorio donde se pregunta por datos generales; antecedentes familiares, historial de peso corporal y dietas, antecedentes patológicos, hábitos alimentarios y estilo de vida. Aunque esta indagación se hace en las primeras consultas, en las denominadas consultas subsecuentes se regresa a estos datos para consultar si ha habido algún cambio.

En cuanto a los datos generales, se solicita el nombre completo del niño o la niña, así como su fecha de nacimiento, escolaridad y domicilio actual. En seguida, se solicitan los datos

²⁶ Es la parte de la entrevista donde se establece la confianza entre ambas partes y hay un entorno agradable para cumplir los objetivos de la técnica antes mencionada. En esta fase de la entrevista se procura genera empatía con el entrevistado y disminuir las tenciones que se pueden generar al presentarse como parte de un primer contacto.

de la madre y el padre, su escolaridad y ubicación; cabe aclarar que no se les solicita los nombres, sólo las edades y su estado civil.

Por otro lado, en cuanto a los antecedentes familiares, se destaca que son aquellos relacionados con enfermedades crónico-degenerativas, como obesidad, hipertensión, diabetes mellitus, hiperlipidemias, tanto de ambos padres como de su familia; son antecedentes heredofamiliares. Además, en este apartado se solicita a quien acompaña al menor que mencione peso y talla a la hora de su nacimiento, y el número de hijos que tiene la pareja.

Otro rubro que se llena en este espacio es lo relacionado con los hábitos de alimentación y estilo de vida. La información concedida permite conocer el patrón de consumo del niño. Se indaga sobre los hábitos del niño, como la hora en que se levanta y lo que hace enseguida, si desayuna y qué consume si lo hace, si se le da dinero para gastar en la escuela, la cantidad y lo que compra con él. Se pregunta acerca de las actividades que realiza en el recreo, si hace alguna actividad física y por cuánto tiempo. Además, se pregunta sobre la distancia que hay entre la escuela y la casa y si se le lleva caminando o en vehículo. Se pregunta sobre la hora en la que sale de la escuela y lo que consume en la comida.

Posteriormente, se le cuestiona sobre las actividades que hace por la tarde, si son sedentarias, como tomar siesta, mirar televisión, jugar videojuegos o estar en internet, y por cuánto tiempo realiza estas actividades, o si realiza deportes y de qué tipo. Se le pregunta si lleva a cabo por la tarde consumo de algunas comidas, si son frituras, sodas o botanas. Para finalizar, se le cuestiona sobre el consumo de alimentos en la cena, la hora en que lo hace y la hora en que va a dormir.

Un elemento importante que se le preguntaba era la cantidad de televisiones que había en su casa, y si alguna se encontraba en la recámara del niño.

Básicamente, se interroga sobre la ingestión de alimentos y bebidas, algunas veces se explora sobre las cantidades y la preparación de los alimentos, el número de comidas que realiza al día y los intervalos que tiene entre cada comida; asimismo, sobre las preferencias alimentarias, los lugares de consumo y variaciones de comida en cuanto a días festivos o fines de semana. Algunas veces se indaga sobre los hábitos de compra y la preparación de los alimentos para identificar algunas opciones de cambio; este apartado se hace con cierto énfasis cualitativo; cuando se habla sobre las porciones que se consumen, los niños y las niñas e inclusive las cuidadoras y los cuidadores hablan de “mucho” o “poco”.

Finalmente, se le solicita al niño que brinde tres razones por las cuales desea mejorar su peso.

Medidas antropométricas

Una vez que se recabaron los datos, se procede a realizar la exploración física, tomar medidas antropométricas, básicamente, talla y peso. Aunque estas medidas se toman de manera cotidiana, en ocasiones también se revisa la circunferencia del abdomen y se utiliza el plicómetro.²⁷ En

²⁷ El plicómetro es un instrumento empleado para medir el pliegue cutáneo y esta medida sirve para medir la masa corporal.

ocasiones, el personal de CONHIES aprovecha para detectar signos clínicos de alguna comorbilidad asociada, como *acantosis nigricans*.²⁸

Diagnóstico/rediagnóstico

Una vez que se realizó la entrevista y se llevó a cabo la exploración física, el personal de CONHIES establece su diagnóstico. Se calcula el IMC y se revisa lo que se dijo sobre las actividades cotidianas y los hábitos alimentarios. Los datos, hasta cierto punto, se “exprimen”; se congenian tanto los indicadores antropométricos como los clínicos y dietéticos, para que ayuden a establecer el diagnóstico del estado de salud que presenta el niño.

Recomendaciones nutricionales y sociales

A partir del paso anterior, se desprende una serie de recomendaciones para la atención a la obesidad del niño. Estas recomendaciones se sitúan en dos planos; por un lado, las nutricionales, las cuales se explican a través del semáforo de los alimentos y se complementan con las pláticas mensuales; por otro lado, las recomendaciones sociales: actividad física y reducción de sedentarismo.

Estas recomendaciones apuntan más hacia el área nutricional y la ingesta de alimentos que a las recomendaciones de actividad física. López (2014) concluyó que hay una necesidad de reforzar la intervención que se realiza dentro de la clínica de obesidad y nutrición, en cuanto a recomendaciones de actividad física y reducción de actividades sedentarias.

Despedida de ambas partes

²⁸ Enfermedad de la piel que se presenta principalmente en cuello, axilas y región inguinal. Portillo et al (2011).

Al finalizar la consulta, ambas partes hacen acuerdos en cuanto a lo que se va a realizar subsecuentemente, tanto en las recomendaciones que se dijeron como en la programación de la cita siguiente, si es que el niño no ha sido dado de alta de esa especialidad.

El médico y la nutrióloga aseguran estar disponibles para recibir cualquier duda o comentario, y dan al niño un espacio para ello. En las siguientes consultas, ya se conoce el caso de cada paciente, lo que permite monitorear el grado de avance que tiene sobre su situación de salud. Así, se pueden identificar algunos puntos de riesgo, por ejemplo, el incumplimiento del tratamiento, así como algunos malestares, mareos, dolores de cabeza, alteraciones en cuanto al apetito, ansiedad, entre otras situaciones.

Tras las consultas, cuando es necesario, el personal médico y la nutrióloga solicitan apoyo al área de psicología de HIES.

Después de revisar el resumen de cada caso, se refuerzan aquellas situaciones que favorecen la mejora de la situación de salud y se buscan estrategias de acuerdo con el niño y su cuidador para evitar recaídas.

Capítulo VII. Los casos

Para facilitar la visualización de la organización de quienes viven en el hogar, se reconstruyó un esquema familiar o *familiograma*, que permite organizar a quienes conviven en el GD donde se llevó a cabo la entrevista.

Se investigaron aspectos sociodemográficos generales de las colonias en las cuales habitan por medio de áreas geoestadísticas básicas (AGEB):

es un área geográfica ocupada por un conjunto de manzanas perfectamente delimitadas por calles, avenidas, andadores o cualquier otro rasgo de fácil identificación en el terreno y cuyo uso del suelo es principalmente habitacional, industrial, de servicios, comercial, etcétera, y sólo son asignadas al interior de las zonas urbanas que son aquellas con población mayor o igual a 2,500 habitantes y en las cabeceras municipales”.²⁹

Esto se hizo con el fin de reconocer el estrato socioeconómico de la familia y, sobre todo, para analizar las necesidades, recursos y obstáculos que son parte del contexto en el que viven los niños y las niñas y quienes les cuidan cotidianamente.

Tabla 4. Orden de presentación de los casos.

Grupo doméstico	Niña/niño
Acosta Fernández	Susana y Dámaris
Yáñez Téllez	Dalilah
Durán Fonseca	Karla
Escalante	Eloísa
Kirov Segovia	Kristian
Íñiguez Hinojos	Irving
Lugo Ochoa	Narciso y Orlando
Jiménez León	Damián

Fuente: Elaboración propia.

²⁹ En http://www.coneval.gob.mx/Medicion/IRS/Paginas/Rezago_social_AGEB_2010.aspx.

Los Acosta Fernández

Los Acosta Fernández habitan en una zona con un grado de marginación³⁰ muy bajo en el norte de la ciudad de Hermosillo. La colonia está constituida por las denominadas casas construidas por el Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT).³¹ Los accesos son fáciles de ubicar, las calles tienen nomenclatura y están pavimentadas, cuentan con alumbrado público y la numeración correspondiente, sistema de recolección de basura, mas no con transporte público, que pasa a un costado de la colonia. Posee, asimismo, espacios para realizar actividad física, supermercados y tiendas de abarrotes.

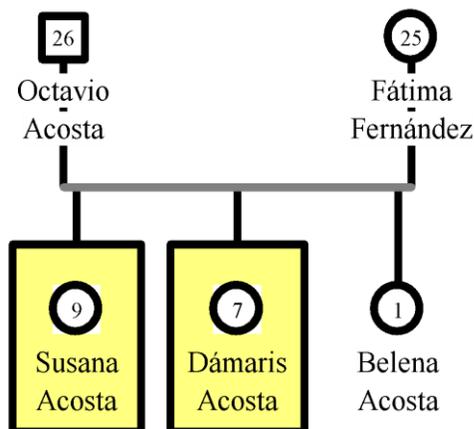
Es un GD joven en su formación y composición. Se trata de una familia nuclear integrada por el padre, la madre y tres hijas. Octavio, el padre, tiene 26 años de edad y se desempeña como empleado dentro de un taller en la ciudad de Hermosillo. Fátima, la madre, tiene 25 años y se dedica al hogar. Las hijas se llaman Dámaris, Susana y Belena, de 7, 9 y 1 años de edad, respectivamente. Dámaris y Susana son pacientes en CONHIES.

³⁰ El grado de marginación “es una medida-resumen que permite diferenciar entidades y municipios del país según el impacto global de las carencias que padece la población como resultado de la falta de acceso a la educación, la residencia en viviendas inadecuadas, la percepción de ingresos monetarios insuficientes y las relacionadas con la residencia en localidades pequeñas”. Esta información está disponible en línea: http://www.2006-2012.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/1800/2/images/boletin_20_SPPE.pdf. Este dato se obtuvo del Sistema para la Consulta de Información Censal (SCINCE), una base de datos a la cual tiene acceso la población. Para mayor información, se puede consultar “Índice de marginación por localidad 2010” (CONAPO 2010), disponible en

http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/2010/documentoprincipal/Capitulo01.pdf.

³¹ INFONAVIT es un organismo compuesto por tres elementos: el gobierno, las empresas y los trabajadores. Fue creado en 1972 con el fin de busca acompañar al trabajador durante toda su vida laboral, al ofrecerle alternativas de financiamiento para satisfacer sus necesidades de vivienda.

Figura 3. Esquema del GD de los Acosta Fernández.



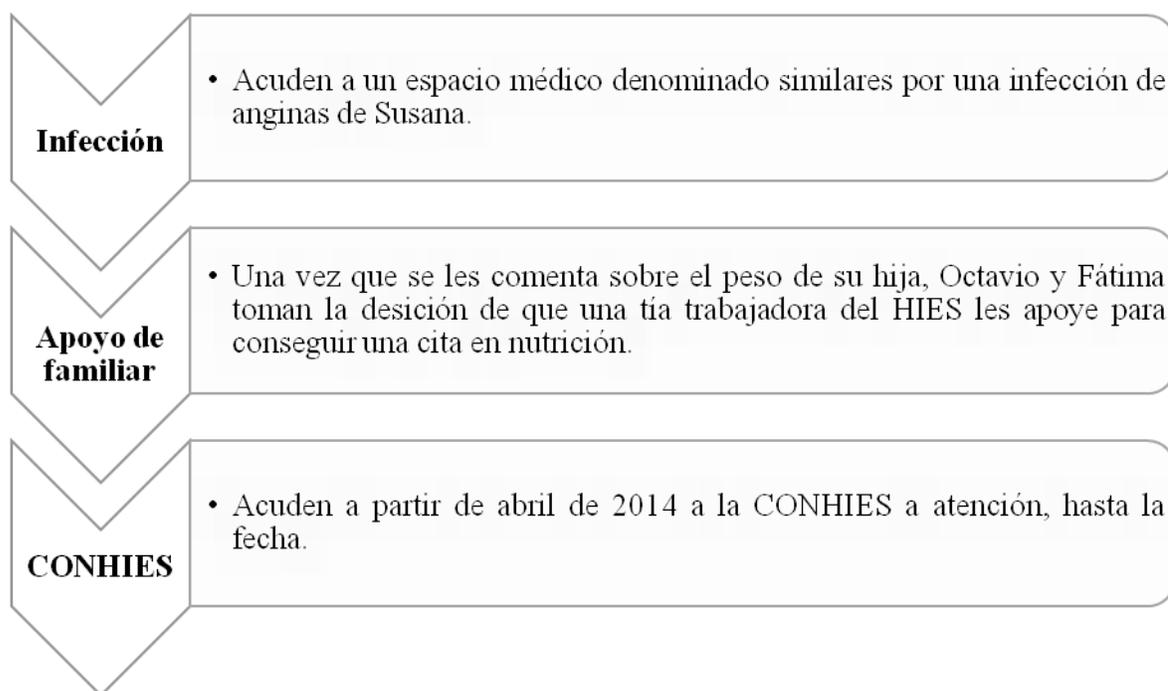
Fuente: elaboración propia con base en la entrevista realizada al GD.

La atención de las niñas en CONHIES comenzó cuando, en una consulta médica, Fátima y sus hijas fueron pesadas, y el peso de Susana resultó ligeramente mayor al de su madre. Susana tenía una infección en un riñón, así que acudieron a una farmacia Similares,³² donde el médico hizo notar que esta situación no era normal. Fátima compartió esta experiencia con la familia; una pariente que trabajaba en HIES como enfermera le sugirió que buscara atención médica ahí mismo y le consiguió una cita en CONHIES. Fátima había considerado antes llevar a sus hijas al médico, pero “lo fui dejando”. Finalmente, tomó la decisión de llevarla a CONHIES con un especialista en nutrición.

³² La empresa de Farmacias Similares fue creada el 8 de septiembre de 1997, “con la finalidad de ofrecer productos y servicios de salud a los estratos más desprotegidos del país” Y cuenta con un sistema de Consultorios Adyacentes a Farmacias (CAF) que han incrementado exponencialmente su número en todo el país (<http://www.farmaciasdesimilares.com.mx/ui/buscador/empresa.aspx>)

En este hogar, la cuidadora principal es Fátima; se hace responsable de los cuidados del hogar, de la alimentación y de la mayor parte de los procesos de educación de sus hijas. Octavio estuvo presente durante la entrevista, pero durante la misma, la pareja coincidió en que la mayor parte de los cuidados recae en Fátima, quien asiste con sus hijas a las consultas y pláticas en la clínica.

Figura 4. Proceso de atención de Susana y Dámaris.



Fuente: elaboración propia con base en la entrevista realizada al GD.

Los Yáñez Téllez

La familia Yáñez Téllez vive en el sur de la ciudad de Hermosillo, en una zona con un grado de marginación muy alto, en una invasión.³³ Se accede mediante automóvil propio o autobús; las

³³ “Forma de calificar un espacio urbano y a las formas de apropiación del suelo existentes en el mismo, en términos del no cumplimiento de normas jurídicas que regulan las relaciones de propiedad o las formas de producción del espacio urbano aplicables a cada caso. [...] Han sido considerados como la alternativa usual para aquellos que no poseen los recursos suficientes para acceder de manera regular (mercado inmobiliario formal) al suelo urbano y la

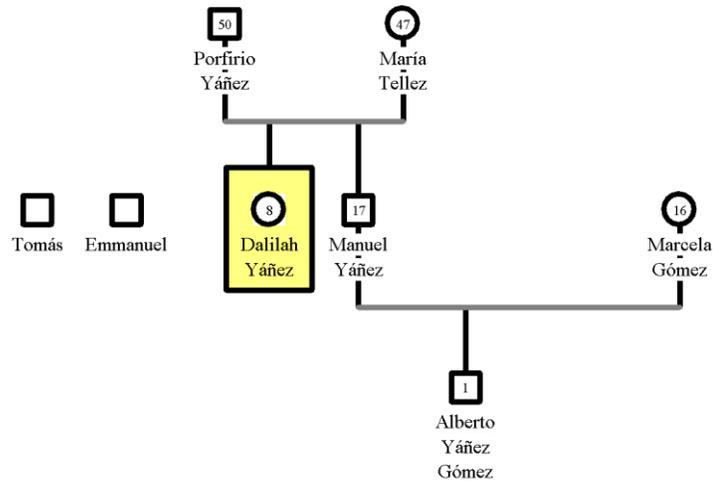
calles no tienen nomenclatura y tampoco se encuentran pavimentadas; no cuentan con alumbrado público y las casas no tienen numeración. Se desconoce si cuentan con acceso al sistema de recolección de basura, y sólo una línea de camión llega hasta el punto donde habitan los Yáñez. El sector donde se localizan cuenta con un espacio dentro de la colonia para realizar actividad física, así como tiendas de abarrotes y locales de servicios.

Los Yáñez Téllez se conforman de una familia extensa, debido a que uno de sus hijos ya formó la propia y la integró al hogar. Además, en la casa viven dos familiares a las que se les proporciona hospedaje.

Porfirio tiene 50 años de edad, es contratista en el negocio de construcción de vivienda en Hermosillo y, en ocasiones, en otros municipios de Sonora. Por su parte, María tiene 47 años y se dedica al hogar. Tienen cinco hijos, mas sólo dos viven con ellos, Dalilah, de 8 años, y Manuel, de 17, quien, con Marcela, de 16, tiene un hijo llamado Alberto. Las hijas que ya no viven en el hogar llevan a sus hijos para que María los cuide, debido a que ellas trabajan. Entre semana, la casa se llena de los nietos. Además de los hijos y nietos, viven ahí Tomás y Emmanuel, sobrinos de Porfirio, quienes trabajan con su tío y aportan a la manutención del hogar. Tienen entre 20 y 25 años de edad.

única opción viable para lograr algún día el patrimonio de sus hijos, así como olvidarse de pagar renta” (Mosquera y Ahumada 2005, 14).

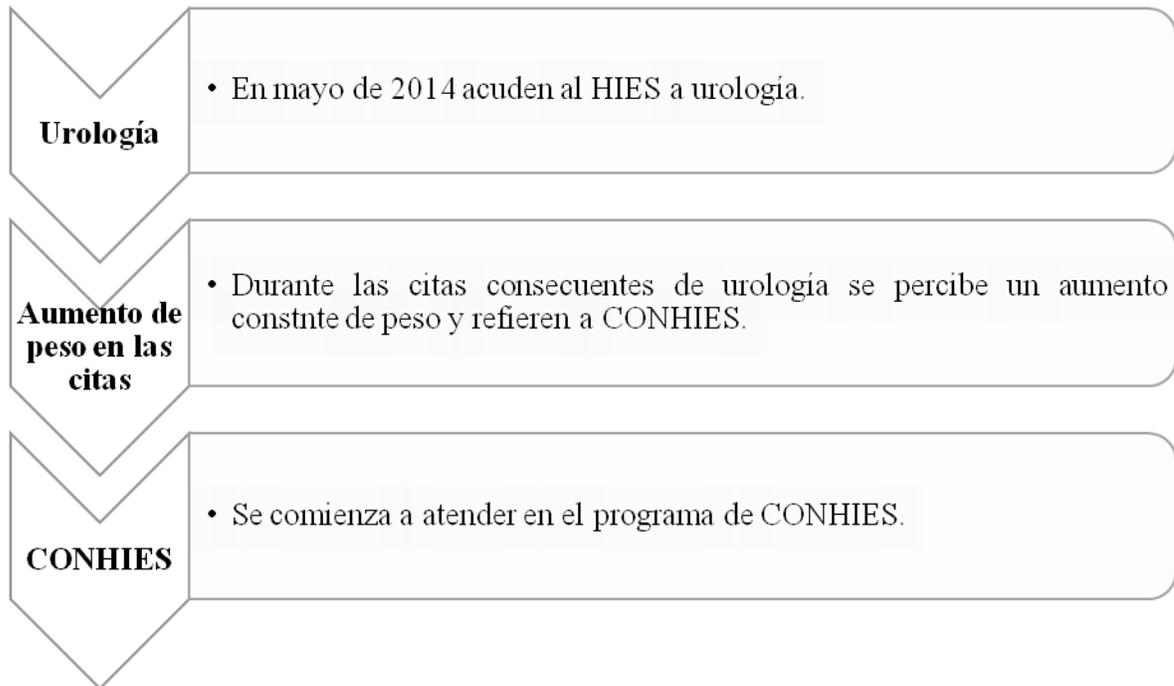
Figura 5. Esquema del GD de los Yáñez Téllez.



Fuente: elaboración propia con base en la entrevista realizada al GD.

En este hogar, la principal encargada de la alimentación y la educación de los hijos y nietos es María. Durante el tiempo de la entrevista, atendía a nueve nietos y a su hija, la que presenta problemas de obesidad y es paciente en CONHIES. Dalilah presentaba una infección en vías urinarias, por lo que María la llevó a pediatría en HIES; al revisarla en urología, la refirieron a CONHIES para que la valoraran. Ahí determinaron que presentaba obesidad infantil.

Figura 6. Proceso de atención de Dalilah.



Fuente: elaboración propia con base en la entrevista realizada al GD.

Los Durán Fonseca

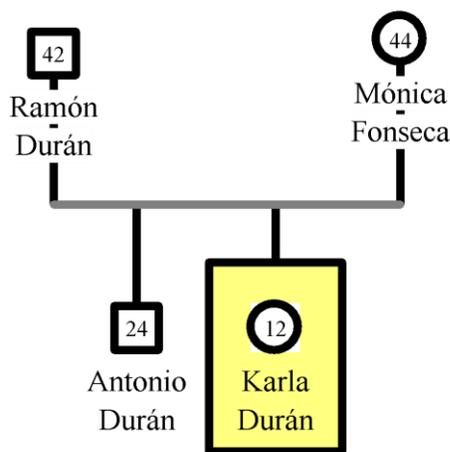
El tercer caso se conforma por la familia que se ubica en la zona sureste de la ciudad de Hermosillo. Los Durán viven en una zona clasificada con un grado de marginación medio. La colonia se encuentra junto al canal de aguas residuales de la ciudad. Las condiciones de pavimentación son escasas, lo que provoca que en épocas de lluvias el agua se estanque y propicie mosquitos y malos olores. El acceso al domicilio de los Durán puede ser por automóvil propio o a pie; hay una parada de autobús cercana. Algunas de las calles no tienen nomenclatura, más cuentan con alumbrado público y servicio de recolección de basura, aunque llega con poca

frecuencia. El sector donde se localiza la vivienda cuenta con un espacio para realizar actividad física, denominado Hábitat,³⁴ además de tiendas de abarrotes.

La casa es una construcción de dos plantas (mientras que las del resto de los grupos domésticos son de una sola). Este GD se compone de una familia nuclear. Mónica tiene 44 años y Ramón, 42. Ella es ama de casa y por las tardes tiene a su cargo un grupo de activación, o zumba, mientras que él trabaja como albañil. Los hijos son Karla, de 12 años, y Antonio, de 24.

En el hogar existen conflictos constantes entre la pareja debido al alcoholismo de Ramón. Mónica señala que Karla expresa constantemente su necesidad de tener una familia más estable y feliz y su inconformidad con la situación actual.

Figura 7. Esquema del GD de los Durán Fonseca.



Fuente: elaboración propia con base en la entrevista realizada al GD.

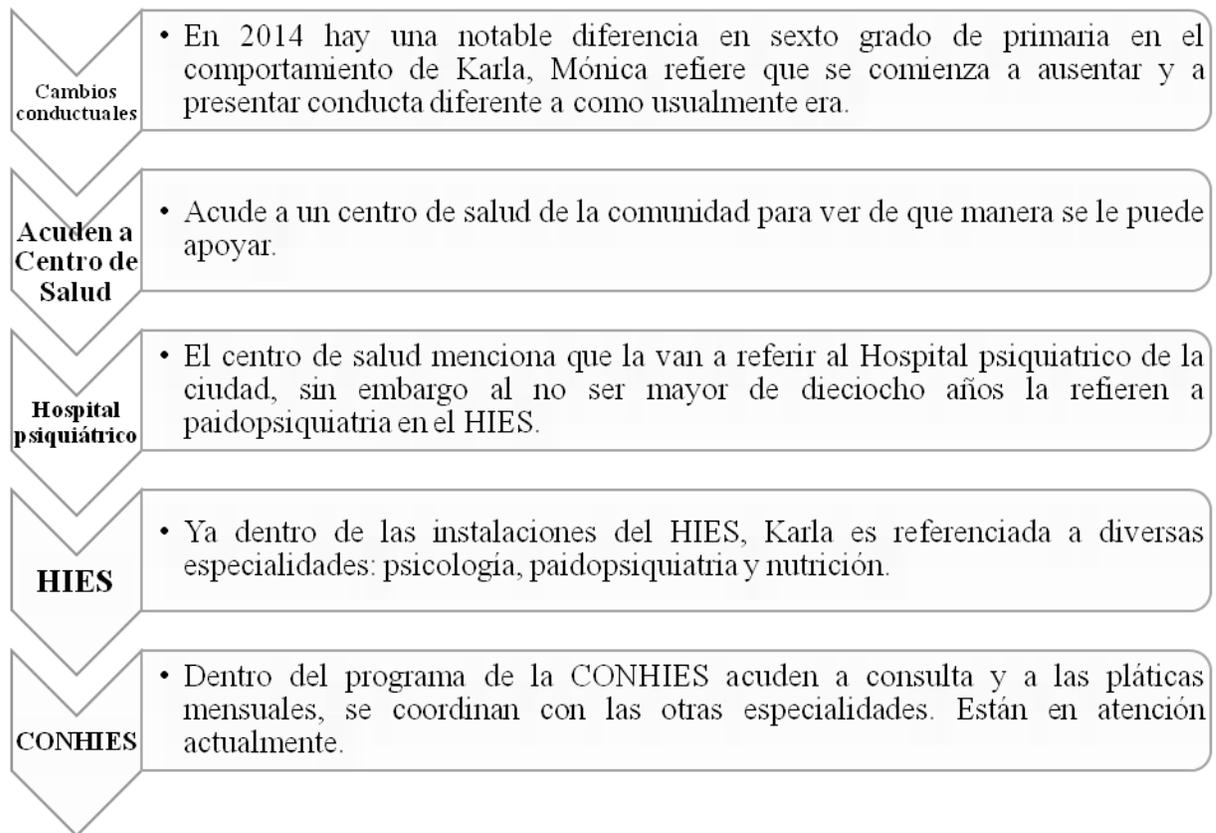
³⁴ El programa Hábitat, de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), fue creado en 2003 con el fin de apoyar áreas en condiciones de pobreza, inseguridad, marginación o violencia social, a través de equipamiento e infraestructura que mejore el entorno físico, y centros de desarrollo comunitario que apoyen el desarrollo de capacidades individuales y comunitarias. Información disponible en: http://www.2006-2012.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Habitat_Transparencia

Mónica llevó a Karla al hospital porque dejó de ir a la escuela, dejó de hacer la tarea y cambió su manera de hablar al pasar de la primaria a la secundaria. En los primeros grados era parte del cuadro de honor, pero al cambiar de grado, durante el segundo bimestre no quería asistir más. Su madre refiere que constantemente decía que le dolía la cabeza. Cuando le pusieron la vacuna contra el virus del papiloma humano, los dolores de cabeza aumentaron. Comenzó a hacerse daño a sí misma, y fue entonces cuando la llevaron al centro de salud, y de ahí fue transferida al Hospital Cruz del Norte, donde ofrecen atención psiquiátrica, mas no a niños y niñas; fue así como la refirieron a HIES. Ahí la hospitalizaron, y ha estado en consulta con el área de psiquiatría y psicología.

Seis meses después, le diagnosticaron problemas de conducta y depresión y posteriormente la refirieron a nutrición en CONHIES. Ahí Mónica entendió que su hija estaba excedida de peso y con niveles de azúcar muy altos. Actualmente reconoce los síntomas, como acantosis, es decir, manchas en el cuello debido a los altos niveles de azúcar. El diagnóstico en HIES de Karla fue obesidad, pre diabetes y depresión.

Mónica es una mujer trabajadora, dedicada al hogar, y refiere estar muy pendiente de los miembros de su casa y las actividades de la misma. Por las tardes hacen actividad física para estar sanas.

Figura 8. Proceso de atención de Karla.



Fuente: elaboración propia con base en la entrevista realizada al GD.

Las Escalante

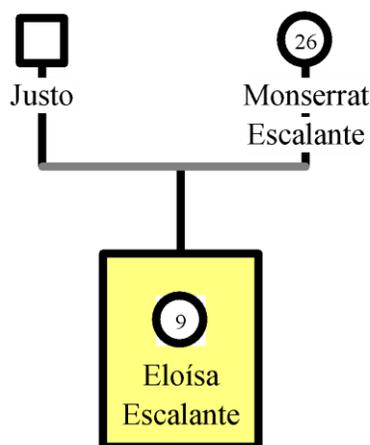
Las Escalante viven en una zona clasificada con un grado de marginación bajo. La colonia en la cual habitan forma parte de uno de los fraccionamientos de INFONAVIT de Hermosillo. Las calles se encuentran pavimentadas y cuentan con servicios de recolección de basura, alumbrado público y parques públicos. El acceso se hace a través de autobús, que se interna a la colonia, o de auto propio. Todas las calles cuentan con nomenclatura.

Esta es una familia monoparental: Monserrat, de 26 años, es estudiante de la Universidad de Sonora y trabaja en un negocio familiar por las tardes. Eloísa, su hija, tiene 9 años y

actualmente es atendida en CONHIES. Cursa el cuarto año de primaria. Debido a que Monserrat trabaja y estudia, temprano por las mañanas lleva a Eloísa a casa de sus tíos, José y Mercedes (hermana de Monserrat). José las lleva a su escuela. Él trabaja en un negocio familiar y su actividad le permite estar en el hogar más tiempo, mientras que Mercedes trabaja fuera de casa; por ello, José cuida a sus hijas y a Eloísa. Él va por ellas a la escuela, les hace la comida, les da de comer y las cuida por las tardes.

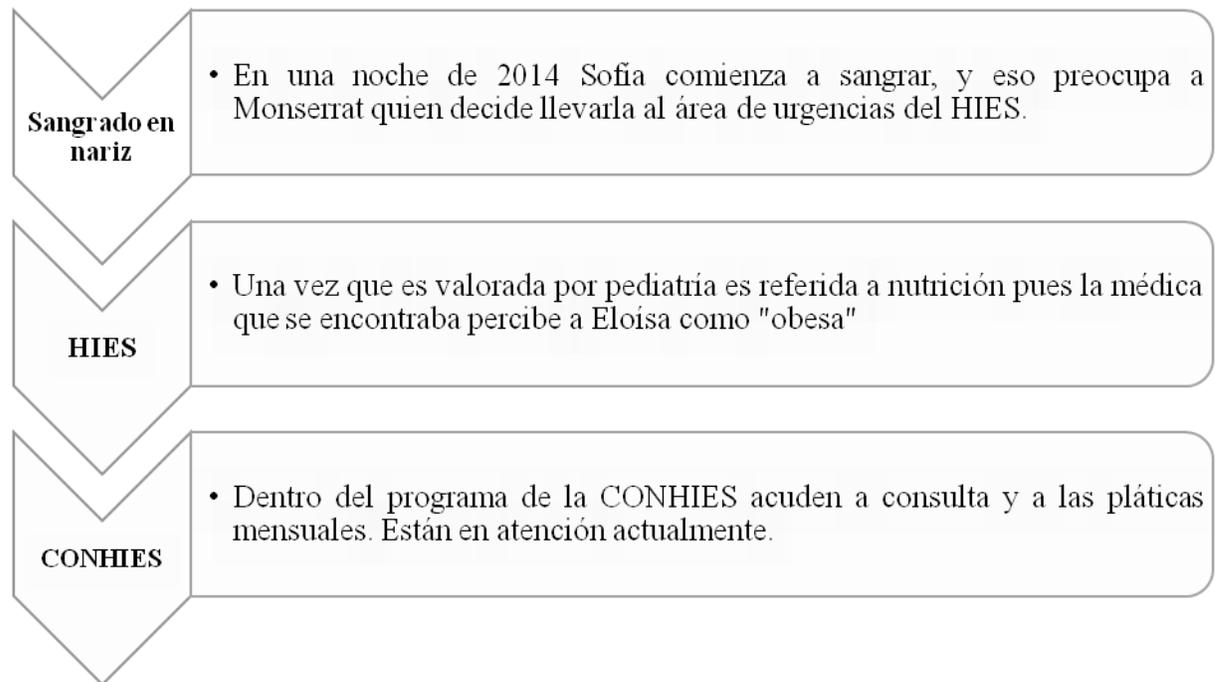
Esta situación le genera conflicto a Monserrat, quien quisiera cambiar la alimentación de su hija, pero en su condición actual no le es posible. Sólo los fines de semana está a cargo de Eloísa y realizan actividades juntas.

Figura 9. Esquema del GD de las Escalante.



Fuente: elaboración propia con base en la entrevista realizada al GD.

Figura 10. Proceso de atención de Eloísa.



Fuente: elaboración propia con base en la entrevista realizada al GD.

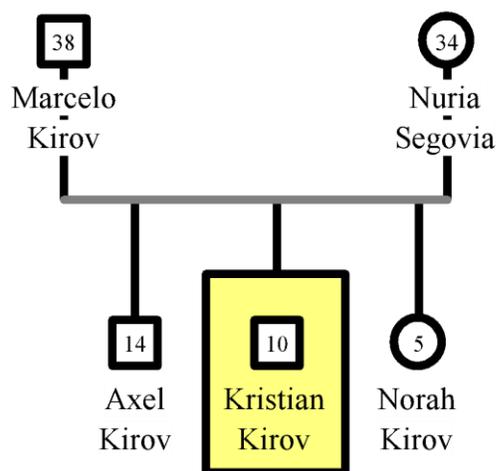
Los Kirov Segovia

Al oeste de la ciudad de Hermosillo se encuentran los Kirov Segovia habitan en una zona con un grado de marginación muy bajo. La colonia está integrada por viviendas particulares y los accesos se hacen a través de automóvil propio o autobús; las calles cuentan con alumbrado público y nomenclatura y se encuentran pavimentadas; la recolección de basura se hace de manera constante. Cerca de la colonia se encuentra un espacio deportivo donde se practica béisbol, así como tiendas de abarrotes.

Este GD está conformado por Nuria, de 34 años, Marcelo, de 38, y sus hijos, Axel, Kristian y Norah, de 14, 10 y 5, respectivamente. Marcelo trabaja en un taller mecánico, de

donde se obtiene el único ingreso de la familia. Para ellos, pertenecer a la religión cristiana es un tema importante, y como familia acuden a los servicios religiosos todos los fines de semana, donde Axel y Kristian toman clases de música.

Figura 11. Esquema del GD de los Kirov Segovia.

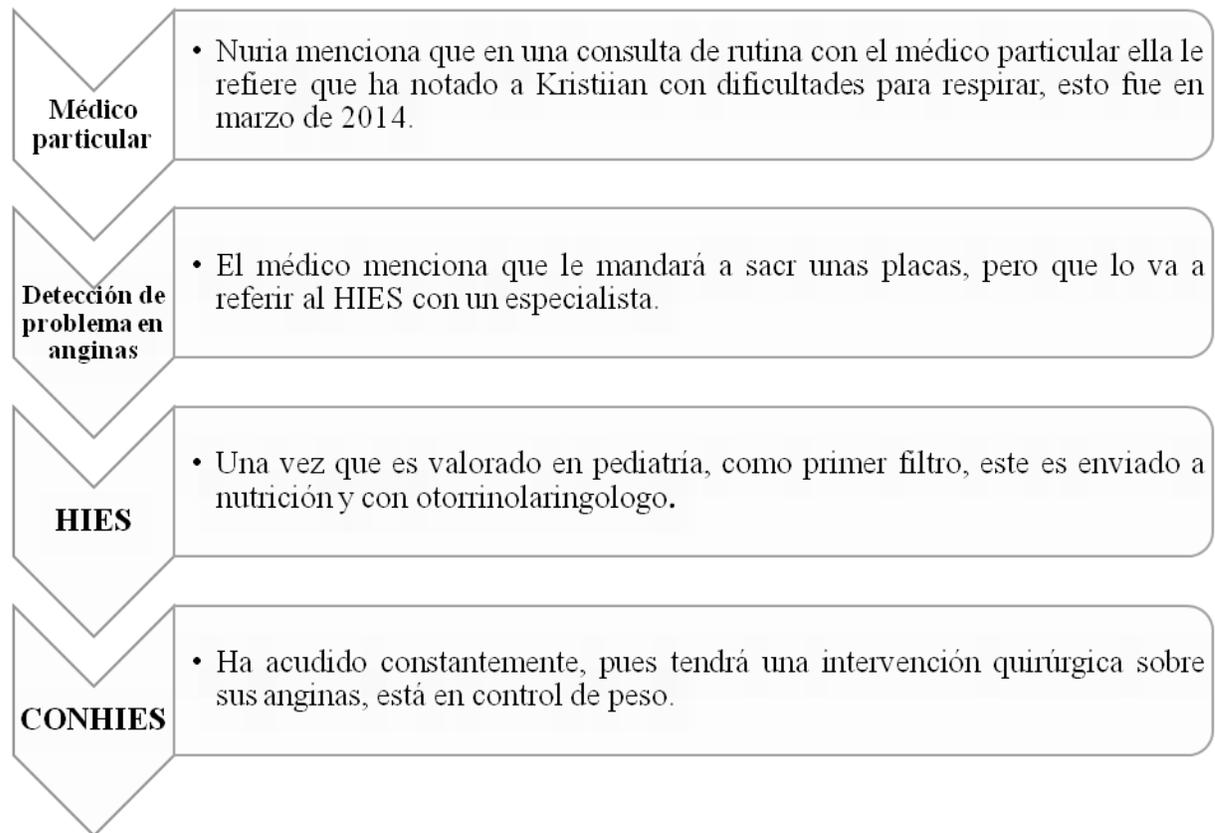


Fuente: elaboración propia con base en la entrevista realizada al GD.

Nuria mantiene su idea de la familia tradicional y religiosa, y de acuerdo con ella, la mujer es quien ha de cuidar a los hijos. Así, ella decide sobre los cuidados de alimentación y actividad física de la familia.

Cuando Kristian enfermó de las vías respiratorias, Nuria y Marcelo lo llevaron con un médico particular, quien realizó estudios al niño y les recomendó que fueran a HIES; desde el servicio de pediatría, los refirieron a CONHIES para que Kristian fuera evaluado por su peso.

Figura 12. Proceso de atención de Kristian.



Fuente: elaboración propia con base en la entrevista realizada al GD.

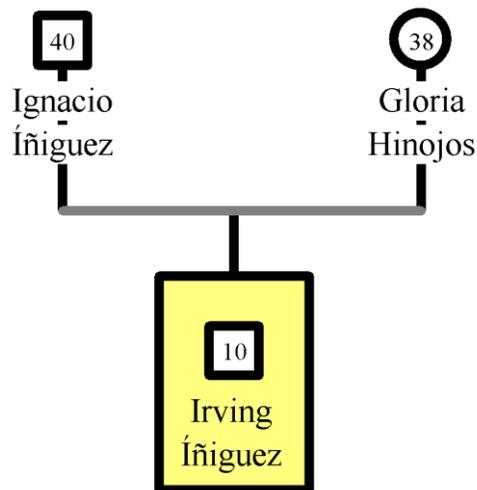
Los Íñiguez Hinojos

Ubicados afuera de la ciudad de Hermosillo, los Íñiguez Hinojos cohabitan en una zona residencial donde cuentan con todos los servicios públicos; las casas cercanas a la de los Íñiguez son ostentosas, grandes y espaciaosas. Dentro del Sistema para la Consulta de la Información Censal (SCINCE) no se encuentra el grado de marginación que se observó en los otros grupos domésticos. Las calles se encuentran pavimentadas y para llegar al domicilio se necesita de un automóvil propio únicamente. Todas las calles tienen nomenclatura. Asimismo, los espacios

destinados para la actividad física son amplios y variados, desde una alberca hasta un campo para realizar algunos deportes, como el tenis.

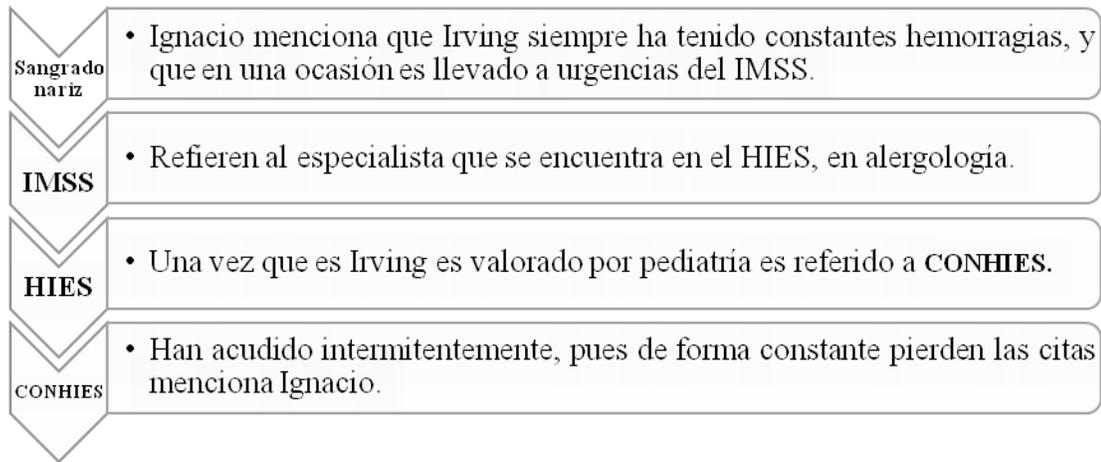
La familia es monoparental y está conformada por Ignacio, de 40 años, y su hijo Irving, de 10. Ocasionalmente, cuando se encuentra en México, vive con ellos la abuela paterna de Irving, quien vive en Estados Unidos. Durante la entrevista estuvo presente Gloria, la madre de Irving, de 38 años y recientemente separada de Ignacio. La situación económica de la familia es de estrato alto; Ignacio se dedica al comercio y Gloria es secretaria en una institución privada.

Figura 13. Esquema del GD de los Íñiguez Hinojos.



Fuente: elaboración propia con base en la entrevista realizada al GD.

Figura 14. Proceso de atención de Irving.



Fuente: elaboración propia con base en la entrevista realizada al GD.

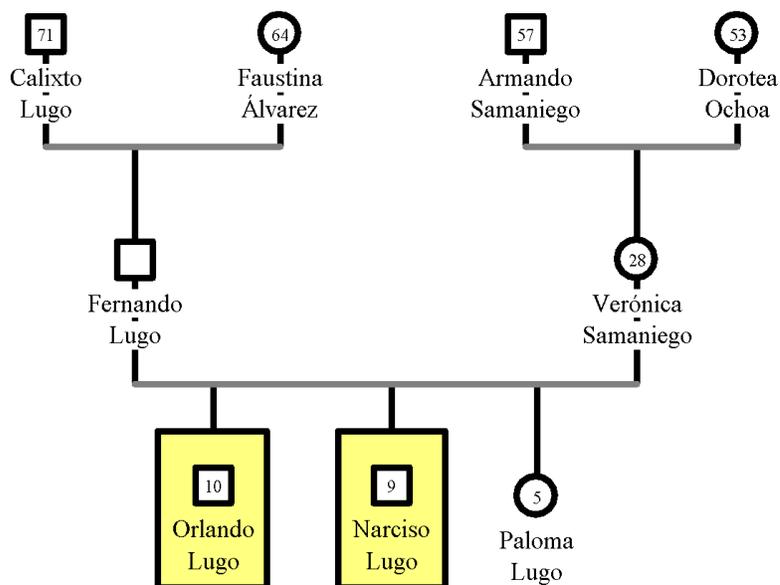
Los Lugo Ochoa

Los Lugo viven en la parte este de la ciudad de Hermosillo, en una zona con un grado de marginación medio. La colonia está cerca de las vías del tren de la ciudad. Las condiciones de pavimentación son escasas, lo que provoca que en épocas de lluvias el agua se estanque y, en ocasiones, imposibilite el acceso. A casa de los Lugo se puede llegar en automóvil o a pie después de tomar un autobús. Algunas de las calles no tienen nomenclatura, más cuentan con alumbrado público. No hay espacios cercanos para hacer ejercicio, aunque se ha dicho que muy pronto se habilitará uno.

Este GD se conforma por dos familias que interactúan en el cuidado de los nietos Orlando, Narciso y Paloma, de 10, 9 y 5 años de edad. Los tres son hijos de Verónica, de 28 años, y Fernando; el último se encuentra preso, por lo que los cuidados de los niños son asumidos en mayor medida por las abuelas, Faustina, de 64 años, y Dorotea, de 57, quienes

viven con sus esposos en sus respectivas casas, pero en la misma colonia. Diariamente, los niños y las niñas pasan tiempo en las dos casas; Verónica trabaja enfrente de la casa de sus suegros, Calixto, de 71 años, y Faustina, por lo que al salir de la escuela los hijos van a la casa de los abuelos paternos y, después, van a dormir a casa de los abuelos maternos, Armando, de 53 años, y Dorotea.

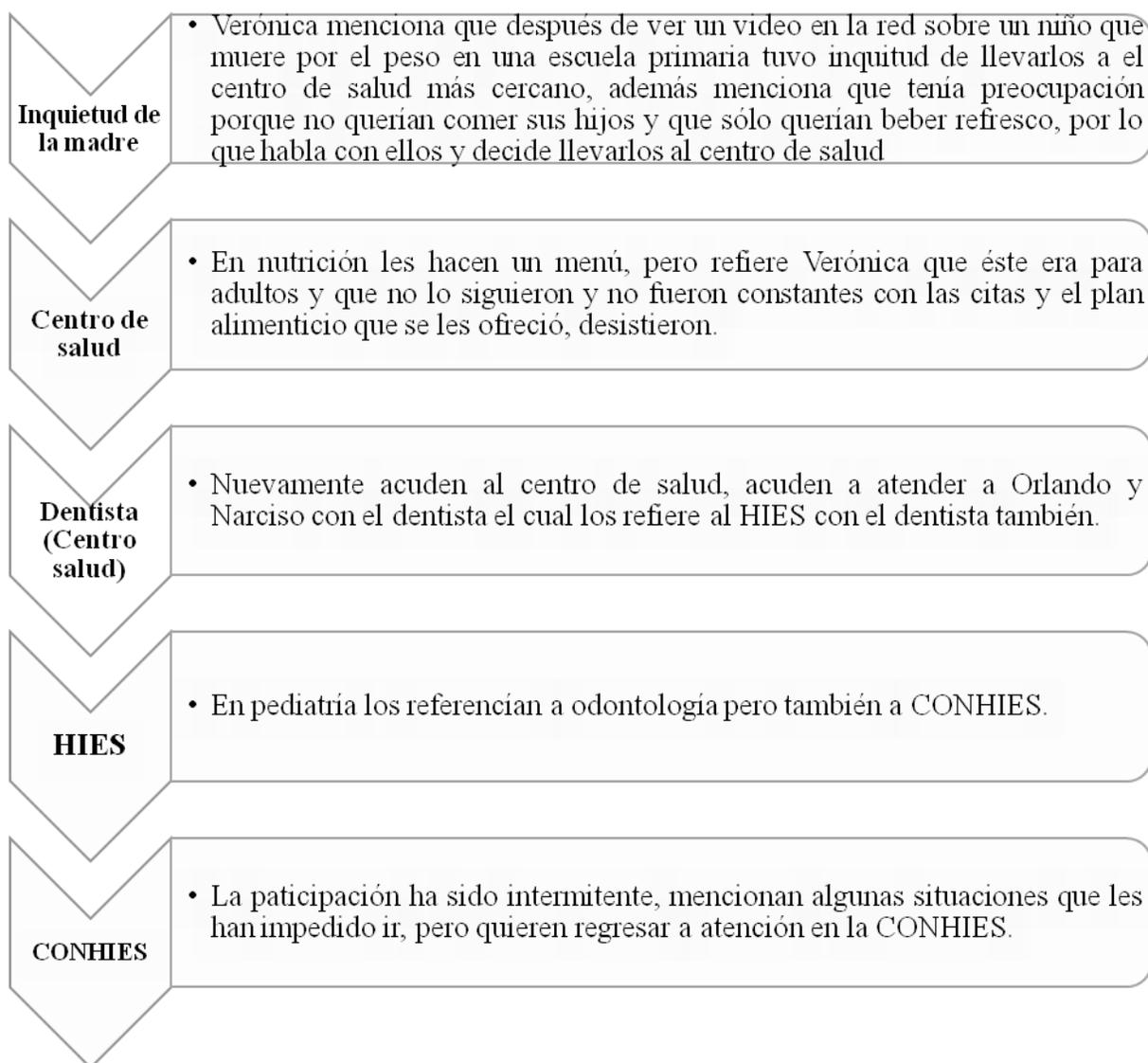
Figura 15. Esquema del GD de los Lugo Samaniego.



Fuente: elaboración propia con base en la entrevista realizada al GD.

Verónica decidió llevar a Orlando y a Narciso a consulta en el centro de salud porque estaba preocupada por su peso. En esta consulta les hicieron un plan alimenticio que se da por lo general a la población adulta. Los niños tenían un problema dental y por este motivo los refirieron a HIES; cuando fueron revisados en odontología, los refirieron, a su vez, a CONHIES.

Figura 16. Proceso de atención de Orlando y Narciso.



Fuente: elaboración propia con base en la entrevista realizada al GD.

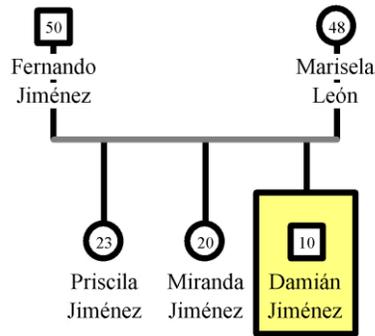
Los Jiménez León

La casa de los Jiménez León es una vivienda particular y se encuentra en la zona centro norte de la ciudad de Hermosillo. En una zona con un grado de marginación bajo. Las calles están pavimentadas y poseen nomenclatura. El acceso es a través de automóvil o autobús. Cuentan con todos los servicios públicos.

Marisela, de 48 años, se dedica al hogar, y Fernando, de 50, comisionista para una empresa telefónica. Tienen tres hijos, Priscila, Miranda y Damián, de 23, 20 y 11 años de edad, respectivamente. Las hijas son estudiantes universitarias y el hijo se encuentra cursando la primaria.

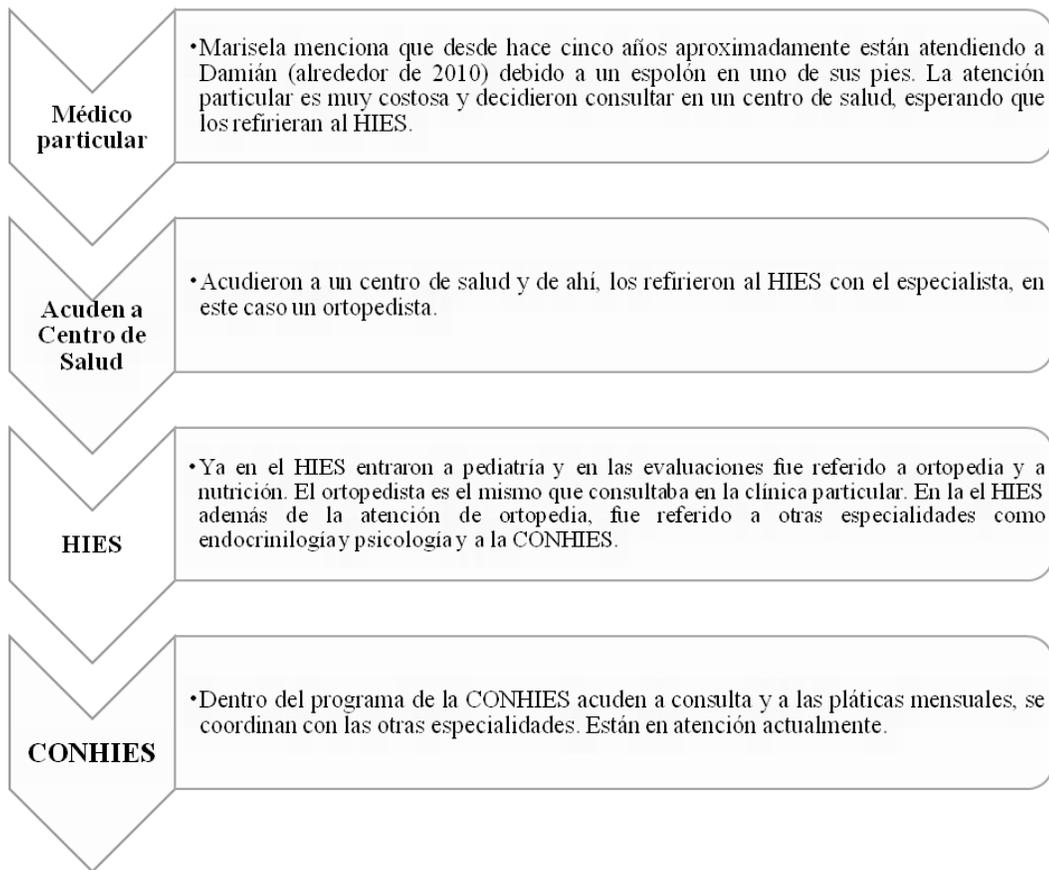
Marisela es la cuidadora principal de Damián; lo acompaña a atención a CONHIES. Ella ha sido diagnosticada con artrosis, por lo que requiere de una prótesis. Refiere que viene de una familia con antecedentes de diabetes y que esto le ha generado incertidumbre y temor por la situación de salud de Damián, quien ya fue diagnosticado previamente con hipotiroidismo. Es notorio que la preocupación de Marisela radica en gran parte en las redes sociales familiares, pues ella dice no saber cómo tratar el asunto con su familia, es decir, sus padres, quienes tienden a regañar o restringir a Damián por lo que come, mientras que la familia nuclear constantemente le compra *dulcecitos* por ser *el niño* de la casa.

Figura 17. Esquema del GD de los Jiménez León.



Fuente: elaboración propia con base en la entrevista realizada al GD.

Figura 18. Proceso de atención de Damían.



Fuente: elaboración propia con base en la entrevista realizada al GD.

Tabla 5. Datos sociodemográficos por AGEB, donde se localizan las colonias de las cuidadoras y los cuidadores participantes.

GD	Zona	PDSS	PESS	SP o SMNG	SB	SSN
Acosta	Norte	86.80%	96.30 %	7.40%	99.50%	67.70%
Yáñez	Sur	66.90%	61.50 %	38.40%	5.30%	20.60%
Durán	Sureste	78.80%	78.90 %	20.40%	95.90%	42.20%
Escalante	Oeste	80.50%	88.20 %	11.80%	99.40%	53.02%
Kirov	Oeste	72.90%	87.90 %	9.70%	95.90%	66.32%
Íñiguez	Norte	92.30%	33.40 %	6.30%	100.00%	98.34%
Lugo	Este	73.60%	81.20 %	16.90%	91.30%	50.44%
Jiménez	Centro Norte	74.70%	31.50 %	11.70%	98.50%	70.80%

Fuente: datos obtenidos de SCINCE.

La población del norte de la ciudad es la que tiene un mayor porcentaje de acceso a derechohabencia, y, por lo tanto, a servicios de salud, al contrario de quienes habitan en el sur y el sureste de la ciudad. Son notorias las desigualdades en cuanto a la disposición de servicios públicos en dos zonas de la ciudad; por un lado, en la zona sur, sólo cinco punto tres por ciento dispone de luz eléctrica, agua entubada en el ámbito de la vivienda y drenaje, en comparación con la zona norte, donde se encuentran los Íñiguez, y donde el cien por ciento de las viviendas cuenta con estos servicios.

Tabla 6. Zona de ubicación y grado de marginación de los grupos domésticos según la AGEB donde habitan.

GD	Zona	IDS
Acosta	Norte	Muy bajo
Yáñez	Sur	Muy alto
Durán	Sureste	Medio
Escalante	Oeste	Bajo
Kirov	Oeste	Bajo
Íñiguez	Norte	³⁵
Lugo	Este	Medio
Jiménez	Centro norte	Bajo

Fuente: datos obtenidos de SCINCE.

En promedio, el índice de marginación, según CONAPO, se encuentra en un nivel medio bajo de los casos reportados para este estudio.

³⁵ No se localizó el índice de desarrollo en la base de datos de SCINCE de esta AGEB.

Capítulo VIII. Dinámicas de cuidado y rutinas domésticas de la atención a la obesidad

Dinámicas en los grupos domésticos

La dinámica de los grupos domésticos se conforma de las rutinas cotidianas, sea entre semana, fines de semana o días festivos. Se presenta cada caso estudiado para este trabajo, se hace una reconstrucción de las rutinas de los grupos domésticos y se habla, de manera general, sobre las dinámicas de alimentación y actividad física.

Los Acosta Fernández

En el hogar de los Acosta Fernández,³⁶ Octavio se levanta temprano para ir a trabajar, y después Fátima y las niñas desayunan. Durante el día, las niñas ven la televisión mientras Fátima realiza los quehaceres del hogar, y al medio día se recuesta un rato. Cerca de la una y media o dos se levanta para hacer comida.

Cerca de las cinco de la tarde, Octavio llega de trabajar. Al bajar el sol, Fátima y las hijas salen a caminar, pero Octavio, quien no tiene un horario laboral establecido, vuelve a salir de la casa y, por tanto, no lo esperan para hacer esta actividad.

Los fines de semana la rutina es distinta. El sábado, Octavio trabaja hasta medio día. Fátima no cocina, sino que él trae comida ya hecha. Después de comer salen al centro. Pasan la

³⁶ En este caso, Fátima se refirió a un día entre semana, cabe aclarar que se encontraban de vacaciones por lo que la rutina escolar no aparece en este discurso.

tarde en el centro y regresan a casa a la hora de dormir. El domingo se levantan más tarde y desayunan algunas veces en casa y otras, en la calle. Durante este día es común que realicen una o dos comidas fuera de casa, a la que regresan por la tarde. Generalmente salen a algún lugar de la ciudad, como la catedral, pues en la plaza circundante hay actividades de diversión. Cuando hay alguna festividad, la alimentación cambia; por ejemplo, en un bautizo, que se celebra con una reunión familiar, la comida chatarra y la bebida en abundancia son parte central de la celebración.

Octavio: “Pues fuimos a la iglesia, bautizamos a la niña, fuimos a la casa de mi suegra, fuimos a hacer comida”. Fátima: “Como siempre, nos juntamos muchos familiares”. Octavio: “Pastel, piñata, ah, no, piñata no, pastel nada más y pues...”. Susana: “Duritos...”. Dámaris: “No, duritos no...”. Octavio: “Ellos adentro y yo afuera *pisteando* [sic]” (sonríen). Javier: “Ah, eso es todo. Y sobre la comida, ¿qué fue lo que comieron?”. Octavio: “Tacos al pastor se llaman. Con frijoles normales, no de fiesta, y el pastel”. Fátima: “Soda”. Octavio: “Soda, agua... y nada más, bueno, más que nada cerveza, cerveza”. Fátima: “Y más cerveza y más cerveza” (GD 1_Acosta).

El sedentarismo entre semana está presente durante la mayor parte del día, a excepción de los momentos en que salen al parque a realizar poca actividad física. Por otro lado, durante los días festivos y fines de semana hay una disrupción de la rutina cotidiana, y se muestra claro que la comida es un elemento importante.

Los Yáñez Téllez

María se levanta a las cuatro de la mañana para preparar el almuerzo de los muchachos que viven en su hogar y de su esposo. A esa hora recibe a sus nietos, pues sus hijas también trabajan y se los llevan temprano. Se desocupa de las actividades del desayuno para los mayores cerca de las seis y media de la mañana, se queda en el hogar y se pone a limpiar, a la vez que cuida a sus nietos. Cerca de las diez y media de la mañana, les da desayuno a los seis nietos y a su hija. A esa hora llegan algunas de sus hijas y la apoyan con las actividades de la casa; ellas salen temprano del trabajo, cuyo horario es desde cuatro a diez y media de la mañana. Al llegar

me ayudan con el negocio y ya esperamos a hacer la comida y ya comemos (GD 2_ María);

una vez que terminan, dice, descansan un rato y limpian nuevamente. Cuando sus hijas se van, ella descansa. En las tardes prepara la cena para la familia y cerca de las diez de la noche se duerme, para estar activa nuevamente al día siguiente a las cuatro de la mañana.

En lo que concierne a los fines de semana, señala:

María: “El domingo es diferente”. Javier: “¿En qué aspecto?”. María: “En que no hago nada”. Javier: “¿No hace nada?”. María: “No cuido niños, *nomás* a mi niña”. Javier: “Ajá”. María: “Salimos a desayunar, venimos a la casa, nos vamos a acostar, vemos la televisión y luego salimos otra vez a comer y a las compras de la semana, al mandado”. Javier: “OK”. María: “En la tarde con, con mi esposo y mi niña y yo” (GD 2_ María).

En los días festivos hay reuniones familiares, en cuya organización participa toda la familia:

Mis tres hijas casadas, mi hijo casado, mis yernos, mi esposo, yo, mi nuera, todos, todos participamos, todos cooperamos para la fiesta; unos el pastel, unos el brinca brinca, otros los dulces, otros la soda, yo hago la comida, barbacoa, sopa fría,³⁷ frijoles puercos (GD 2_ María).³⁸

Los Durán Fonseca

La situación familiar de los Durán Fonseca es muy complicada. Mónica explica que no ha sido fácil sobrellevar la situación de Karla; parece que los problemas de violencia intrafamiliar han desarrollado en ella la obesidad.

Para Mónica, el día comienza muy temprano. Se levanta cerca de las cinco de la mañana para preparar desayuno para su hijo y el padre de éste, quienes acuden al trabajo por las mañanas. Al terminar, realiza actividades domésticas, como lavar trastes, barrer y lavar la ropa, hasta que Karla despierta, y desayunan juntas cerca de las siete de la mañana.

Regularmente, comen a la una de la tarde y cenan a las seis,

algo no muy pesado. Ahora con lo que me informaron con lo de mi hija yo ya he tratado de controlar eso, de controlar en la cuestión de cuidar lo de la cena, de eso de no comer fuerte (GD 3_ Mónica).

³⁷ Platillo a base de pasta corta, crema, mayonesa, que se acompaña con trozos de jamón de pavo, apio y sal al gusto, o, en otra variedad, con puré de tomate y queso.

³⁸ Los frijoles puercos son clásicos en Sonora y Sinaloa, su nombre es dado por los ingredientes principales, chorizo y manteca de puerco. Se condimentan con un toque picoso.

Por las tardes, hacen ejercicio juntas; para ella es importante para mantenerse saludables.

Los fines de semana, dicen, el padre de su hija va a la casa y van a caminar juntos. Más las prácticas alimentarias no cambian en estos días:

Es lo mismo porque tengo que hacer desayuno, porque aquí desayunamos, y pues también hago comida, comida así, cómo le puedo decir, comida ligera, pues así, o sea, por ejemplo, ayer, que fue domingo, yo hice pollo con mucha verdura, con calabacitas, con un arrocito blanco. En la noche cenamos igual, pues así que manzanas así picadas o naranjas, [y si no hay fruta] pues que lechuga, la lavamos, ¿no?, que un pepinito con un limoncito, y eso es lo que cenamos (GD 3_ Mónica).

Al igual que en los anteriores GD, durante los días festivos señala que las comidas son especiales, comidas que usualmente no están en la dieta semanal:

Ahí se convive y nos juntamos como familia, y nos juntamos pues, no nos programamos, de que mi hijo; ‘pues yo voy a llevar un pastel’, sino que de él sale que llega con esa sorpresa, de traer un pastel, o su papá, o ya se traen un pollo asado o algo así, y pues a veces hago agua fresca, agua fresca de Zuko,³⁹ o así *light*, o igual no toman soda ellos, pues, yo a lo menos no trato de tomar soda, ni Karla, nosotros ya sabemos que no debemos de tomar. Si puedo yo hago que una ensaladita de verduras, así, ¿no?, de compartir, pues si sé que yo no voy a comer pastel o dulce ya tiene su ensalada o así compartimos todos, nos sentamos a comer aquí todos juntos (GD 3_ Mónica).

³⁹ Nombre de la marca de una bebida con sabor a frutas.

Las Escalante

Monserrat y Eloísa se levantan cerca de las cinco y media de la mañana, y es la primera quien se encarga de llevar a cabo todo lo relacionado con la alimentación. Prepara el almuerzo que Eloísa lleva a la escuela y a las seis la deja con su hermana y su cuñado, regularmente deja la porción que le van a dar para desayunar. Ellos la llevan a la escuela y la traen de regreso a casa. Eloísa se la pasa en la *tablet* gran parte del día; al volver de la escuela la usa, después hace una pausa para comer y lavar los trastes, y regresa a usar el dispositivo. Cuando baja el sol salen a jugar (andan en bicicleta, juegan a la cuerda, a las escondidas). Monserrat llega a casa de su hermana después del trabajo, cerca de las siete de la tarde, y a las diez de la noche regresan a su casa para bañarse y alistar lo del día siguiente.

Los fines de semana, por lo regular, se despiertan más tarde, desayunan y cerca de mediodía hacen la comida, y después limpian la casa. Por las tardes, Eloísa va a casa de su tía y por las noches regresa a la misma hora que entre semana, cuando Monserrat sale de trabajar. Los domingos, aunque refieren levantarse tarde, aprovechan el día para limpiar la casa y lavar la ropa. Por las tardes, Monserrat debe ir a trabajar, mientras Eloísa se queda en casa de su tía, como durante el resto de la semana.

En cuanto a los días festivos, como los cumpleaños, Monserrat dice que

se le consiente a la cumpleañera, lo que ella quiere comer. Pidió ir a comer *sushi*, ah, *pos* la llevé a comer *sushi*, y quería nieve y ya, es todo lo de la... ah, y que unos duritos, algo ahí fuera con sus *amiguitos* (GD 4_Monserrat).

En palabras de Monserrat, hay alimentos que usualmente no están presentes en la dieta semanal, pero que se consumen en ocasiones especiales.

Los Kirov Acosta

La familia Acosta es devota de la religión cristiana. Nuria, la madre, asume las actividades domésticas del domicilio; todos los días, ella es la primera en levantarse, y hace los desayunos de todos los integrantes de la familia. Los prepara de acuerdo con el horario en que se van de casa. También prepara el lonche de su esposo y, finalmente, el de la pequeña Norah.

Cuando todos se han ido, Nuria realiza los quehaceres de la casa y prepara la comida. Cuando vuelven todos, comen juntos, y después Axel toma una siesta, mientras el resto de la familia ve la televisión o juega. Por las tardes, Kristian y Axel acuden a una práctica de música que organiza la iglesia en la que participan. Además, por las tardes usualmente salen a visitar a alguien o ellos son visitados en casa. Marcelo, el padre, está ausente durante el resto día, salvo la cena, que tiene lugar entre siete y siete y media. Sin embargo, Nuria menciona que:

No es muy formal de que nos sentemos todos; si hay visita, sí, como que la cena formal, ¿no?, así... Pero si no, es como que cada quien cena, allí algo o... recalentado del medio día o si se hace otro sándwich o un yogur o un cereal, pero no es algo formal la cena (GD 5_ Nuria).

En cuanto a los fines de semana, comentó poco, sólo que los hijos tienden a levantarse más tarde. Mientras los días festivos, como podría ser cumpleaños, Nuria menciona la

disponibilidad de hacer una cena especial, aunque dice que en realidad lo que les gusta es la *discada*.⁴⁰

Los Íñiguez Hinojos

Los Íñiguez Hinojos atraviesan por una crisis familiar. Cuando se realizó la entrevista, Gloria e Ignacio ya se habían separado, y consideran que esto ha influido en la situación de su hijo Irving. Es Ignacio quien está a cargo de los cuidados cotidianos. Irving desayuna camino a la escuela, al salir de la misma come *chucherías* y, al llegar a casa, la situación se complica, pues que muchas veces no le gusta la comida que hay en el hogar y consume comida rápida, un *hot dog* o pizza de algún establecimiento; de lo contrario, no come nada. No mencionan actividades que se lleven a cabo por las tardes; más bien reiteran que el niño consume comida chatarra, que compra con dinero que los mismos padres le dan, quienes, en ocasiones, lo llevan a comprarla. Hay presencia de sedentarismo durante y los fines de semana así como el consumo de alimentos chatarra.

Los Lugo Samaniego

Verónica se despierta cerca de las seis de la mañana para alistarse y posteriormente despertar a sus hijos para que se bañen, si es que van a hacerlo. Ella alista los uniformes y hace el desayuno, y después lleva a los niños a la escuela, que se encuentra dentro de la misma colonia. Al regresar, desayuna y realiza los quehaceres del hogar, y prepara la comida para que esté lista cuando lleguen sus hijos, quienes salen de la escuela cerca de las doce y media. Verónica va por ellos y al regresar se recuesta un rato, mientras sus hijos se quitan el uniforme y juegan. Se sientan a

⁴⁰ Platillo de carnes variadas, entre las que figuran res, tocino, jamón, salchichas y chorizo. Algunas veces la carne es marinada de acuerdo con la preferencia de quien cocina, y por lo general incluye sal, pimienta, jugo de limón y ajo, así como cebolla, chile verde y tomates. Usualmente se sirve con tortillas.

comer mientras ella lava los uniformes, y posteriormente se va al trabajo. Verónica menciona que sus hijos:

se lo llevan viendo la TV, o con los celulares, viendo videos (GD 7_ Verónica).

Ella regresa a casa cerca de las ocho de la noche, más en ocasiones sale cerca de las diez y llega a casa cuando sus hijos ya están dormidos. Si es que no lo están, cenan juntos y después van a dormir.

Quienes están a cargo de los niños durante el día mientras Verónica se encuentra en el trabajo son sus suegros. Verónica se refirió poco al padre de los niños, quien se encuentra en prisión, lo que, dice ella, seguramente debió contribuir a empeorar su situación de salud.

Para los Lugo Samaniego las actividades del fin de semana son poco variadas. Por lo regular, hacen lo mismo que durante la semana, salvo en las ocasiones en que los lleva al supermercado o al centro de la ciudad.

Sobre los días festivos, Verónica refiere que los alimentos frecuentes son

los frijoles de fiesta, la barbacoa, la ensalada y las botanas, que los duritos, los *chetinos* (GD 7_ Verónica), incluyendo la soda.

Los Jiménez León

Marisela se levanta cerca de las cinco de la mañana, pues su esposo, Fernando, tiene que estar a las cinco y media en su trabajo. Levanta a sus hijas, quienes estudian en la universidad. A Damián lo despierta a las seis de la mañana para darle una pastilla y alistarlo para ir a la escuela. Una vez que deja a Damián, ella va a hacer las compras de la comida y más tarde va por él, pues, aunque la escuela está muy cerca del hogar, en la colonia hay inseguridad. Regularmente, no comen todos juntos, pues tienen horarios diferentes, y esto genera ciertas dificultades:

Llega una de mis hijas y come, y el niño está presente, “te acompaño con cualquier comidita”, él acompaña aunque ya haya comido. Y luego llega la otra muchacha y: “¿vas a comer?”, y también la quiere acompañar con otro poquito de comida. Ese es el problema que tengo, pues a todo mundo quiere acompañar. Como mis hijas ya están grandes, dice: “¿qué me trajiste, hermana?”, “no, pues que te traje un dulcecito”, que porque es el niño de la casa y también ese es otro problema, porque les digo a mis hijas: “no le traigan al niño, no le traigan dulces, tráiganle un algo, un juguetito o algo equis” (GD 8_ Marisela).

Pero menciona que en casa se refieren al niño como “pobrecito”, y siempre le traen alimentos poco saludables que perjudican más su estado.

Por las tardes, el niño no realiza actividad física; por el contrario, tiende a realizar actividades sedentarias: mayormente utiliza la computadora. Esto, aunado a las complicaciones de salud que Marisela tienen y la situación económica en que se haya en el GD, es difícil que la situación mejore.

Le tengo una bicicleta estacionaria ahí en el corral pero tengo yo que salir con él para estarlo motivando (GD 8_ Marisela).

En el área de nutrición de la clínica, recomendaron al niño hacer ejercicio durante al menos media hora diariamente.

Lo que pasa es que yo tengo problemas en las rodillas, tengo artrosis, necesito prótesis en las dos rodillas, y no puedo, me dijeron, me prohibieron que caminara (GD 8_ Marisela).

Menciona que

optamos por llevarlo a un deportivo, pero ahí sí me tengo que ir en carro y pues muchas veces no hay para la gasolina (GD 8_ Marisela).

Los sábados Damián sale con Priscila y Miranda al cine, y algunos domingos salen en familia al parque, al río, a comer o a realizar alguna actividad fuera de casa.

Durante los días festivos es frecuente visitar la casa de los abuelos maternos, donde

hacemos una comida, *piñatita*, así, pues, pastel y carne asada o algo (GD 8_ Marisela),

y regularmente consumen alimentos que no tienen en la dieta durante semana, como el menudo, el pozole, los tamales, comida al horno, carne o barbacoa, y siempre acompañados de refrescos.

La vivencia diaria de la atención a la obesidad

Estigma

Los griegos crearon el término estigma para referirse a signos corporales a través de los cuales se intentaba exhibir alguna cosa negativa y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba. Goffman (1989) por su parte, hace alusión a categorías en las que las personas pueden ser desacreditables y desacreditadas; los primeros no tienen la posibilidad de esconder el símbolo que los diferencia y los hace inferiores al resto de las personas, mientras que los segundos sí la tienen. Quienes tienen obesidad forman parte del colectivo de personas desacreditables, pues tienen en sus manos la posibilidad de no adquirir o de hacer desaparecer el estigma, de manera que si no lo hacen son culpables por no intentarlo.

Las pautas de comportamiento sociales y los prejuicios ante la imagen marcan la representación de lo que es una persona con obesidad. Las palabras durante la infancia, por ejemplo, marcan y señalan con agudeza aquello que parece estar fuera de la normalidad, los adjetivos calificativos no sólo marcan una condición biológica de los individuos, sino que contribuyen a idealizar una imagen social en los grupos en los que el individuo se desarrolla. En el caso de los niños y las niñas con obesidad, nombrarlos de una o de otra manera por su condición nunca deja de ser hiriente:

la niña estaba bien gordita, tenía alto su colesterol. La autoestima de ella... le decían gorda, “la gorda”, “la *puchi*”, en la escuela, “la ballenita”... Pues da coraje. Yo lo único que le decía era: “déjalo, *mijita*, no le hagas caso” (GD 2_María).

Durante el desarrollo de la infancia, la estigmatización y el señalamiento comienza en el ámbito escolar, que es, fuera del hogar, un mundo de relaciones sociales, de apertura a ser visibles. En este ambiente se han presentado actos de violencia física, como Verónica ha ejemplificado con su caso. Ella ha acudido a las instancias educativas para recibir el apoyo por parte de los docentes. Cuenta que a su hijo le ponía sobrenombres un compañero en la escuela, y el maltrato era tanto que el menor ya no tenía deseos de ir a la escuela, así que ella acudió a la instancia educativa para pedir apoyo por parte de los docentes. La maestra de su hijo no estaba enterada de esta situación, y cuando lo hizo, habló con ambos niños.

“Numerosas recomendaciones nutricionales han alterado los comportamientos alimentarios en favor de mejorar la salud colectiva al objetar, con mayor o menor acierto, la bondad de los hábitos anteriores y proponer otros nuevos” (Gracia 2007, 329), lo que ha llevado a que en los grupos domésticos se tenga la preocupación por alimentos que no *deben* consumirse y que esto se internalice en los niños y las niñas, tal como lo plantea María, cuya hija, Dalilah, vivía una situación de estigmatización. Explica que ha “hecho la lucha” para que ella no elija ciertos alimentos, y que su hija ha entendido que hay ciertos alimentos que no debe comer; esto ha repercutido en su salud física, pues la niña ha reducido su peso considerablemente.

Los obstáculos. Retos y dificultades

Para entender las complicaciones que enfrentan estas cuidadoras es necesario reflexionar sobre la complejidad que tiene la atención a la obesidad, pues no sólo involucran a la situación individual de la persona que se encuentra en este estado, sino que tienen una estrecha relación con los demás esquemas de organización social: la familia, la escuela y la comunidad.

El primer problema es la falta de infraestructura adecuada para la realización de actividad física en los espacios comunitarios, y, aunque hay avances en esta área, también está la inseguridad en las calles.

Una de los retos que con mayor frecuencia aparece en el discurso de las cuidadoras y los cuidadores es la duración de la consulta. Nuria agrega que, además, deben esperar su turno en más de una fila. En otro sentido, también se refieren al tiempo en relación con la próxima cita, pues hay mucho espacio entre una y otra (de tres o cuatro meses).

Otro de los problemas que encuentran es la organización de los alimentos y las comidas; necesitan algo que se adapte a su presupuesto y sea posible conseguir. Aunque en consulta se les menciona que los alimentos no son caros, las cuidadoras y los cuidadores argumentan que muchas veces no encuentran lo que se les recomienda en el semáforo o estos alimentos no son del agrado de los niños y las niñas. Asimismo, dicen ignorar la cantidad ideal de alimento que deben servir a los niños y las niñas en cada comida.

La cuestión de la falta de transporte para acudir a las pláticas es otro obstáculo para varios cuidadores.

Uno de los mayores retos que enfrentan como cuidadores, sin embargo, es la influencia que tienen las redes sociales y familiares en la consecución de los planes alimenticios; genera cierta inquietud en el resto de los integrantes de la familia el hecho de que uno de ellos siga un plan alimenticio específico. Además, para el niño es difícil seguir las recomendaciones

alimenticias cuando observa a sus compañeros y amigos consumir comida chatarra, que tienen prohibida. El tema de las redes sociales y familiares es crucial en la condición de salud que presentan los niños y las niñas con obesidad; la influencia que tienen en ellos la familia y las amistades se refleja en el discurso de las cuidadoras y los cuidadores. Aunque no siempre estas redes familiares funcionan como coadyuvantes en la atención a la obesidad, aunque regularmente sí tienen la pretensión de hacerlo.

Muchas veces, las cuidadoras y los cuidadores no saben cómo manejar estas situaciones. Por un lado, está la salud del hijo y, por el otro, la situación familiar, donde se trata de cuidar la salud del integrante enfermo y donde la alimentación de los otros integrantes no tiene que ver. La forma en que se les hace notar que han de comer distinto y la falta de acompañamiento en el proceso generan situaciones de tensión y humillación para los menores, que repercuten en mayor ansiedad y consumo de alimentos, sobre todo con cuidadores que no ven o no consideran la relación de estas situaciones:

Sí lo han apoyado y a veces sí el niño ha sufrido anterior, ¿no?, porque está en un proceso de tratamiento, pero lo que no me gusta es siempre, a veces, hay problemas, que nos sentamos en la mesa a comer, así cuando es reunión, una cena familiar, por decir, este fin de semana vinieron familiares de fuera, y nos sentamos a la mesa y no me gusta que todos estemos comiendo y que le digan: “tú, niño, eso no lo puedes comer”, cuando el niño ya está casi para comer, para darle la mordida, y él se pone a llorar. Si del niño, de mi hijo, que alguien u otro miembro de la familia que está también en tratamiento: “¡Ey!, no te comas eso, te hace daño, ¡engorda!”, digo, eso está mal, porque el niño se siente y se pone a llorar, y no sé cómo explicarles a ellos, incluyendo a mis papás, no sé cómo explicarles de una forma que ellos no

se ofendan, porque ellos son mayores, que “¡tienes que comer con tenedor, mira, yo, cuando tu abuelo estaba empezando la enfermedad, él con tenedor!”. Eso no se les debe de decir así, porque él se sienta, no sé, como *bullying*, pues, y él lo que hace para defenderse, pues llorar, y lo que hace es llevarse la comida escondida, así irse a su cuarto y ahí come. Ese también sería, necesito preguntarle al doctor cómo le puedo decir a la familia que no le digan así (GD 8_Marisela).

Pues sí he platicado con ella [su hermana], sobre todo con él [su cuñado], porque es el que hace la comida. Pero... no, o sea, no, yo siento así que van a decir: “no es mi bronca, no voy a cambiar mi forma de comer por alguien”; incluso me han dicho: “es que tú debes de hacerle la comida a Eloísa”, no puedo ahorita porque trabajo con ellos, me pagan cien pesos y ellos me apoyan con la comida, o sea, no me puedo poner moños, ni tampoco me alcanza para yo comprarle la comida, hacérsela y llevarle para que ella coma eso, o sea, no tengo pues esa facilidad de hacer las cosas, por eso me atengo a lo que ellos hagan (GD 4_Monserrat).

La restricción de los alimentos en varios sentidos aparece con énfasis dentro de los grupos domésticos. Es distinto restringir los alimentos como parte de un cambio de alimentación familiar a hacerlo para tratar la enfermedad de una persona o un niño con este estado; igualmente importante es la manera en que se hace esta restricción con acompañamiento del grupo familiar o con sanciones, exclusiones y diferenciación:

¿Por qué tenemos que subirnos todos en el carrusel?, y tenemos que moderar un poquito de todo, pues, en cuestión de tanto la alimentación como quitar comida chatarra, como cosas que a ella le hacen daño. Hay veces que ya me dice: “mamá, cómprame unas Sabritas”, *híjola*,

pues ya pues digo yo sí: ‘no, no, no’. Por ejemplo, ayer sí se compró, le compre unas Sabritas, porque ya tenía mucho tiempo que ya no se las come pues, o sea, no quitar las cosas sí de golpe, ¿no?, así, poco a poquito ¿no?, saber que ella no, eso no se debe comer, porque es comida chatarra. Y, por ejemplo, ayer fuimos a pasearla allá en el parque, vino su papá y nos llevó, y se le antojó un coctel; no le echó crema ni lo que es grasa, ¿no?, lo que es mantequilla, ni queso, puro granito, limón y chilito, o sea, un poquito así, un poquito *pa* [sic] que le de sabor igual. Y su papá le compró una bolsa de *durones*, así, provocando y eso, le digo: “*ay*, no, estás mal”, le digo, “tú, porque ella como quiera que sea ahí está uno *nomás*, uno y empicada, empicada se va juntando la grasa, pues entonces yo le digo: “pues ya ella se comió unas Sabritas, el *coctelito*, ya, hasta ahí” (GD 3_Mónica).

En el caso de las abuelas, a ellas se les considera *chipilonas*⁴¹ y brindan a los nietos lo que a ellos les guste, inclusive si saben que no es benéfico para su salud. Lo que está en discusión es la forma de brindar cariño a través de los alimentos y las implicaciones en la crianza cuando no se ponen límites.

Verónica: “Yo fui más de la idea, yo dije: ‘yo los voy a llevar y los voy a llevar’. Una de sus tías me dijo: ‘llévalos, ya no la estés pensando, llévalos, a ver si los pones a dieta a los gorditos’”. Javier: “¿Algún apoyo familiar, no sé, de amistades, que haya tenido para seguir?”.

Verónica: “Pues no, la verdad no”. Javier: “¿No? ¿Ni de sus suegros ni de su mamá?”.

Verónica: “No, porque pues para mí fuera el apoyo de que: ‘¿sabe qué?, no le vamos a dar la soda’, y no, pues no”. Javier: “¿Y por qué no plantean ellos seguir el semáforo?, por ejemplo”.

Verónica: “Pues de principio sí, cuando yo los tenía a dieta, yo les traía lo que iban a comer y

⁴¹ Adjetivo empleado para referirse a aquella persona que es mimada o consentida.

sí, pero aquí me la rompían, la dieta, pues... Ya ve que dicen que las abuelas son las más que los *chipilonean* y eso” (GD 7_Verónica).

Mi suegra también dice, si decía o dice: ‘deberían de atender a la niña’, pero, como te digo, pues, dice, pero al momento de que nosotros la queremos cambiar, nosotros queremos cambiar la rutina de la comida, ella te voltea el papel otra vez, pues, primero te dice que sí y luego te lo voltea, pues: ‘pero ¿cómo se va a malpasar la niña? Pobrecita la niña’, o sea, mi suegra sí nos decía: “Lleva la niña que hagan *nutic*..., que no coma tanto y que *guau guau*”, pero era de un día y al siguiente día ya, o sea, ya. Ponle que sí te seguía el rollo tres días y al cuarto, ya se le ponía la cara de “ay, no” y ya valía madre (GD 1_Octavio).

Algunos cuidadores mencionan que otras personas les recomendaban llevar a los niños y las niñas a consulta, pues estaban subiendo de peso y no era normal.

Todo mundo: “Ay, que el niño está subiendo de peso, hay que tratarlo”. Familiares, sobre todo familiar: “hay que tratarlo, y más por parte mía, acuérdate que hay diabetes en la familia” (GD 8_Marisela).

Nuria: “Familia, una de ellas, su abuela, o sea, familia, pues” (ríe). Javier: “¿Y sentía alguna presión? Algún momento donde decir: ‘sí lo debo atender’, pero que esta cuestión de la presión, a veces como que estuvieran presente, rondando en su cabeza”. Nuria: “Pues haz de cuenta eran... era como una lucha así como de muchos, así de: ‘¡atiéndelo!, ¡atiéndelo!’”. Y era como que: ‘¡ay, bueno!’”. Como... sí lo veía pues así gordito y decía: ‘bueno, sí tengo que atenderlo, porque no puedo dejarlo a que... a que sea cada vez más, cada vez más’; pero por

otro lado, decía: ‘¡bueno!’’, como que me conformaba con pensar: ‘bueno, va a llegar a la etapa de la adolescencia y va a pegar el estirón y ahí va a...’, así, ¿no? Pero sabía, ¿no?, pues que tenía que atenderlo. Era una lucha así como que... Entonces cuando llego a la consulta allá con el pediatra y que me dice eso, dije: ‘¡bueno! *Pos* por algo lo mandaron’, y *pos...* pues sí, ahí estamos (GD 5_Nuria).

María: “‘Llévala con el nutriólogo’, me decían, ‘llévala con el nutriólogo. Mira, se está poniendo cada vez más gordita, llévala’”. Javier: “¿Quién se lo decía?”. María: “Una amiga que vive aquí, una hermana mía, una sobrina, que ellos son delgaditos todos, que ellos viven en Tijuana y yo voy en las vacaciones a Tijuana, cada estas fechas, voy y me paso quince días con mis hermanos. Mi hermano y mi hermana decían: ‘la niña está muy gordita, no debe de estar así por su salud, por su bien, por su bienestar de ella’” (GD 2_María).

Para concluir este apartado respecto a las vivencias diarias el papel de las parejas de las cuidadoras fue de apoyo para que los niños y las niñas recibieran la atención necesaria, así lo manifiestan:

Cuando le platico yo a mi esposo de qué se trató y todo, y cuando nos dan también es muy importante lo de las pláticas de una vez al mes. También le dije: “¿sabes qué?, sí lo voy a llevar”. Me interesó mucho la primera consulta, que me dijeron: “tiene que venir una vez al mes y este mes van a hablar...”, me acuerdo muy bien de que sobre los huesos, la obesidad, el desarrollo en los huesos y todo eso, “y va a estar un ortopedista”, y le dije: “¿sabes qué, Kristian? ¡Vamos a ir!”. O sea, me interesó y ya, me acuerdo llegué, le platicué a mi esposo, y dice: “sí es inte... sí es importante, ¡llévalo!”. Y pues creo que hemos atendido, ¿no?, ahí las...

pues sí, cada una de las pláticas que han dado, han estado bien y fue así como que pues... pues sí me motivé a... dije, o sea, sabía que era necesario, pues, no está de más aprender, ¿no?, y fue muy interesante esa plática del ortopedista porque explicó sobre como... sobre los huesos, ¿no?, las piernas, como el soporte en las rodillas, en la cadera y todo eso, y no nada más, el Kristian y yo nos volteábamos a ver en esa plática, estuvo muy interesante, pues. Y ya que salimos de esa plática, también le platico a mi esposo y pues dice: “pues, ¡adelante! Si estás viendo que es para su bien, pues ¡adelante!” (GD 5_Nuria).

No mi esposo, no me dice nada él; dice: “pobrecito, no lo pongas a dieta”, cuando estaba chiquillo. Ahorita tiene once años, entonces, el niño ya sabe lo que sí le hace daño, lo que sí es bueno comer y qué no. Me dice: “está muy chiquito, ¿cómo lo vas a poner a dieta? No, dieta es para los adultos”, dice. Bueno, dieta a mí me explicaron que la dieta es la alimentación diaria, así se le nombra, dieta o no dieta que sí puedes comer, dieta de que estás llenándote de alimentación para bajar de peso. “No, pero como sea”, dice, “a mí se me hace que está muy chiquito para que anden con esas cosas” (GD 8_Marisela).

¿Él en qué me ayuda?, en esto (hace señal de dinero con los dedos de la mano derecha), en lo económico, porque si él no me da dinero, yo no podría comprar a la niña su leche deslactosada, sus frutas, sus yogures, todas. ¿En qué otra cosa me ayuda?, en decirle: “mira, *mija*, tienes que hacerle caso a tu mamá, es que si tu mamá te da eso de comer, *mija*, eso tienes que comer, porque eso te están indicando, tienes que hacerle caso, si te portas bien y si le haces caso a tu mamá, yo no estoy para decirte, pero si tú le haces caso a tu mamá yo te voy a premiar con algo, pues”, que ella quiera, y sí es mucha ayuda, parece que no, pero él no está en el momento, pero con eso que le dijo a la niña es mucha ayuda, porque él influye mucho en la niña. Haz de cuenta, como es la más chiquita de todos los de aquí de la casa y todo, él

influye mucho en eso, en todo la consentida y como tú quieras, porque es la más chiquita, es con la que más convive y todo, entonces él le dice eso a la niña y la niña me ayuda mucho a mí en cuanto a hacerme caso en que tiene que comer aquello, y dice: “mi *papi* me dijo que sí, ¿verdad?, y sí me lo tengo que comer, ¿verdad?”, y “sí, hija”, y pues ya, y no, sí me ayuda mucho, aunque no esté en el momento, pero sí me ayuda mucho. En la noche que llega si le digo: “ay, mira, la niña no me hizo caso, mira, y así y así, no quiso comer esto y esto otro”, entonces allí platica con ella, la convence, y otro día ya no batallo, ¿ves? Sí me ayuda mucho, principalmente en lo económico; si no trabaja, ¿de dónde? (GD 2_María).

Los elementos de la atención en los grupos domésticos

Dinámica de la alimentación. Antes y después del diagnóstico médico de obesidad

La alimentación es un proceso que va más allá de la cuestión biológica; está impregnada de significados sociales, de imaginarios que tienen que ver con una visión histórica sobre cómo se nos ha inculcado comer o no comer alimentos. Se encuentra implicados el gusto y el placer por comer ciertos alimentos y que construyen y reconstruyen las representaciones sociales sobre la alimentación. Es por eso que, en los grupos domésticos, se han modificado ciertas prácticas (en cuanto a la preparación de los alimentos, por ejemplo) que estaban antes en la mesa diariamente, tras la influencia de las recomendaciones recibidas en la CONHIES.

En los grupos domésticos, la comida siempre es una parte fundamental de la construcción de la cotidianidad. Esa rutina se constituye no sólo de lo que se hace dentro del mismo grupo, sino también de las acciones que emprenden los otros como parte de esa red familiar y social, como ejemplifican los Íñiguez:

En la escuela, pues entraba a las nueve, tenía más chanza de hacerle el desayuno, y luego se iba desayunado, llegaba a la escuela. Salía a las cuatro, pero a las... ahí comía, le daban la comida, porque era... en el kínder, y ahí comía, porque tenía que comer el chícharo, una sopita o los frijoles, o lo que tenía que comer, se lo comía (GD 6_ Ignacio).

La influencia de los familiares tiene gran importancia en el desarrollo de la obesidad de los mismos; así también lo expresan los Acosta:

Fátima: “Mire, yo le puedo decir que yo aquí si trato de, o sea, cero soda, ¿no? Y pues trato de comprarles fruta, yogur, y todo eso, pero vamos con su nana y...”. Octavio: “Se hacen vivas”. Fátima: “Ahí ya pierde todo, es de que yo les sirvo su porción de comida”. Octavio: “¡Dame más!”. Fátima: “¡Ay, es que no me llené, dame más!”, y ‘dame más y dame más’. Fátima y Octavio: “¡Dales!”. Fátima: “¡Dales!’, me dice mi *ma*, pues ahí, este, ahí agarran, yo no sé, ya saben lo que comen y cuánto comen y si se sirven más. De la soda, un traguito, que esto y que lo otro, sí se hacen vivas, la verdad, pero le digo, yo, aquí conmigo, pues sí, yo les doy su porción de comida y si se llenaron, pues qué bueno, y si no, pues a tomar agua, porque yo considero que está muy bien servida la porción; de hecho, a veces les sirvo así, como yo, y pues es de que, si yo me lleno, pues ellas también se tienen que llenar y... pero pues, como le digo, es cuestión de que vayamos a otro lado y...” (GD 1_Acosta).

Eso sí, fuimos quitando, y les prohibí a mi esposo y mis hijas que le trajeran Gansitos, los Submarinos, las galletas, las Sabritas. Decía: “le voy a llevar esto al niño”, porque él sale y los encuentra. “hermana, ¿qué me trajiste?”, ya era un... algo de diario, que eso fue, y dije: “quiero que me ayuden, porque somos cuatro adultos contra un niño, y lo vamos a.... lo estamos dañando, en lugar de ayudar, estamos perjudicando” (GD 8_Marisela).

Sobre la disposición de los alimentos, mencionan que con anterioridad había algunos que se consumían en gran cantidad, sin embargo, ahora la controlan, pero no pueden eliminarlos de la dieta por completo.

María: “Dos huevos en la mañana con un vasón de leche pura de la que fuera; en la noche su platón de frijoles con mucho queso, con tres o cuatro, cinco tortillas de harina y su vaso de

Zuko, porque soda no tomamos, pero su vasón de Zuko a mediodía... El platón de comida, ahora ya no, ella, ya sola, le sirvo poquito más de lo que es, y dice: ‘no, mami, quítale’; igual las tortillas de harina, las ve y que por antojo se llegue a comer, una porque sí puede comerse una, pero ya así como antes, ya ella lo ve, ya no llora, no llora, pues, como lloraba antes”. Javier: “¿Antes lloraba?”. María: “Lloraba, lloraba por la comida, porque no se llenaba, lloraba: ‘quiero más comida, no me llené, me diste muy poquita’. Lo primero fue así lloraba, lloraba y así, ya todo tranquilo” (GD 2_María).

Comíamos de todo, comíamos un poquito de todo, de que muchos chicharrones, que cosas, que era fin de semana, nos reuníamos y hacíamos ahí pues *chicharroneadas* o... o sea, cosas, y ella también pues comía y nosotros también comíamos, pues, todo lo que ella miraba se le antoja y come (GD 3_Mónica).

Pues antes, era de que, demasiada harina, ni nos limitábamos, ni nos preocupábamos, y soda tras soda, y, o sea, lo que sea, ¿no?, así... lo que sea. Y después del diagnóstico, pues sí, así ha sido de que, pues nos hemos propuesto pues a seguir limitándonos, así, como te dije, ese mes fue prueba superada de que todo el mes sin harina, sin soda, así de que, nos limitamos mucho y pues así ha sido, pero lo hemos ido su... lo hemos ido aprendiendo nosotros, como los demás, de que: “ah, pues bueno, no, ya no va a haber eso, pues ni modo” (GD 5_Nuria).

“Y que: ‘Amá, quiero un taco’, bueno, lechuga, mucha lechuga, y cualquier cosita, un trocito de queso o algo, y agua, sobre todo, aquí no se consume soda, solamente los fines de semana. Precisamente por él sí fuimos eliminando varias cosas”. Javier: “¿Cómo qué?”. Marisela: “La soda, la tortilla de harina, las barras de pan” (GD 8_Marisela).

Octavio: “Todo sigue igual, pero en menor cantidad”. Fátima: “No, sí he quitado, sí he quitado cosas, por ejemplo, la soda, a lo mejor nosotros sí, a escondidas ¿no?, pero con ella [Susana] no, trato de si ellas están tomando eso, lo tomo yo también, Sabritas sí. No te voy a decir que no porque, por ejemplo, el sábado compramos unas grandes, pero para todos, y... pero así, en toda la semana, cero Sabritas... siendo que antes todos los días: ‘Mamá, ¿me das para unas Sabritas?’, ‘sí’, y ahí van por las Sabritas, eso sí. Aceite pues ya trato de usar... compré otro tipo de aceite. Igual, la pizza, también ya a las dos semanas compramos una, pero sí, antes se comían tres cuatro pedazos” (GD 1_Acosta).

A pesar de esas limitaciones, la decisión de quitar alimentos de la dieta se complica, e incluso se dice que es imposible; no sólo se denota la individualización del problema del niño, sino que también el deber hacer o no hacer, no comer lo que él sabe que *le hace mal*:

¡No, no se pueden desaparecer! No han desaparecido, no... ella ya aprendió que ella no los debe de comer, no los podemos desaparecer porque, mira, si te fijaste, este muchachito de camisa roja es mi hijo, ¿viste que está delgadito? Imagínate que yo desaparezca alimentos que le hacen falta a él porque la niña no los pueda comer, entonces a la que yo le pongo, como te vuelvo a repetir, a la que yo le pongo la atención es a la niña, porque es la que la necesita más, yo también y mi esposo también, porque estamos... gordos, pero, igual, somos adultos y ya sabemos que estamos mal, y por eso lo que yo te digo y la atención, atender a quien tengo que ponerle atención, es a ella, a mi niña, entonces la niña ya sabe que ella, si su hermano se come por decir así una Maruchan,⁴² que a él no le hace daño, a él pongámosle que en su digestión sí va a tardar más, pero que porque esté gordo, no, pero ella ya sabe que ella no la debe de comer

⁴² Nombre comercial para una pasta de fideos instantánea.

porque a ella sí le perjudica en su dieta, en su salud, en su, como te digo, en su tratamiento, que ella está, ella ya sabe, ya entendió, ya no tengo problema por esa parte, ya lo entendió, entonces, nosotros igual seguimos comprando. Fíjate, el neurólogo, te voy a hablar del neurólogo, le quitó cebolla, salchichas, todo lo que contenga cafeína, todo lo que sea refrescos de cola, todas las comidas enlatadas, porque altera al sistema nervioso. Entonces, ella ya sabe que ella no debe agarrar salchichas del refrigerador, pero igual yo compro salchichas porque todos los demás sí comen y yo digo, yo cuido los niños de mis otras hijas de las cuatro de la mañana a las diez y media de la mañana, entonces me toca darles desayuno. Entonces, ¿qué les doy de almuerzo? Un huevo con salchicha, un huevo con chorizo, entonces, igual están las cosas en el refrigerador, pero ella ya entendió que no debe (GD 2_María).

La dieta que cambia no es la de la familia, sino la de la persona a la que *le hace daño*. Si a una persona le causa obesidad, es ella la que ha de *entender*; los demás pueden seguir su vida igual. De esta manera, no es sólo responsabilidad de la familia, sino también de los menores. Habría que explorar más sobre lo que significa que el niño *entienda*: ¿hacer caso y seguir las indicaciones? Lo cierto es que el cambio de alimentación no se concibe como una dinámica grupal en este caso, ni se percibe el apoyo que implica para mantener a los menores o a los adultos libres de este problema de salud.

Dinámica de la actividad física y sedentarismo. Antes y después del diagnóstico médico de obesidad

Los grupos domésticos refieren algunas actividades que hacían antes de acudir a la atención específica de CONHIES y que se reforzaron con lo que se les brindó en las pláticas y consultas dentro de la institución médica.

Mira que ella siempre ha sido muy activa, ella siempre ha... mira, te voy a hablar de todos estos niños, te voy a hablar de todos. Todas las tardes que están aquí se van todos al parque, y si ellos no están, ella se va con una vecina y una amiga de aquí, se van al parque y dan unas vueltas en el parque y luego como ya pusieron unos aparatos, ahí se están en los aparatos, y si no había aparatos, jugaban al fútbol. Y siempre le ha gustado mucho brincar a la cuerda, y cuando estábamos en el pueblo igual caminábamos mucho porque nos íbamos atrás de las borregas, nos íbamos detrás de las borregas; o sea, la actividad física de ella, siempre ha tenido mucha actividad, siempre hemos estado en donde ella puede andar de a perdida [sic], caminando o brincando a la cuerda o jugando al básquet donde siempre juegan (GD 2_María).

Me ha gustado mucho a mí el baile, todo el tiempo me ha gustado el baile, entonces me integré, pues, aquí, busqué, empecé a ir a hacer zumba, que daba clases de zumba, me llevaba a Karla, ella también se integró desde que tenía tres años (GD 3_Mónica).

No todos los grupos señalan que antes del diagnóstico de obesidad se llevara a cabo alguna actividad física como ejercicio.

Nuria: “Pues no había actividad física cuando se da el diagnóstico e intentamos pero nos quedamos en el intento, ¿no? Qué feo”. Javier: “¿Por qué?”. Nuria: “No seguimos. Porque intentamos ir, porque estaba cerca el estadio (ríe), intentamos ir todos a caminar, nos fuimos todos, ¿no?, todos nos fuimos. Kristian: “Yo llegué primero” (sonríe). Nuria: “Pero pues hasta ahí, y ya no seguimos”. Javier: “¿Y cuánto tiempo fue?”. Nuria: “Pues de una se... de menos de una semana (ríe). Unos días *namás* [sic]” (GD 5_Kirov).

No obstante, también ha habido limitantes para hacer actividad física; las áreas de activación y los lugares disponibles son inseguros donde habitan algunos de los grupos domésticos.

Antes ni a la calle asomábamos la cara, mucho menos a él solo, y ahorita sí tratamos de sacarlo. Solo no lo despacho porque hay muchos vagos aquí, aquí viven enfrente, luego, luego, y como él está en una edad, está alto, y dicen: “*ay, qué grandote*”, ya está grande, pues a ofrecerle algo... (GD 8_Marisela).

Monserrat: “Realmente no, ¿por qué? Porque en las noches es imposible ir y en el día no hay nada de sombra, y aparte es una canchita de básquetbol nada más, no hay un campo donde vayan a correr, no hay un lugar donde hagan ejercicio”. Javier: “¿Y por qué en la noche es imposible ir?”. Monserrat: “Porque hay muchos muchachos que se drogan en ese parque y pues no es un buen lugar para que los niños estén ahí, hay muchos malandros, o sea, no es apto” (GD 4_Monserrat).

Por otro lado, Hermosillo presenta una condición climática particular; el calor es un elemento crucial para la realización de actividades físicas.

Si con el sol, hace poquito lo llevé a la alberca, [...] los llevo a natación aquí cerca, [...] nomás que también ampollas se le hicieron, como está muy blanco... (GD 8_Marisela).

Ahorita pues sí ha bajado [la actividad física], yo creo que será por la temporada del calor, porque *nomás* se la llevan encerrados con el aire, con la tele prendida, con los celulares... (GD 7_Verónica).

Aunado a lo anterior, hay circunstancias socioculturales que se interponen para llevar a cabo acciones en pro de la salud de los grupos domésticos y en especial de los niños y las niñas, lo que se traduce como interés de los menores en ciertas actividades y rechazo de otras.

Irving: “A mí me gusta mucho nadar”. Javier: “¿Nadar? ¿Y lo haces constantemente?”. Irving: “De hecho, sí, en verano”. Javier: “¿Sí? ¿Y lo has hecho últimamente?”. Irving: “De hecho, hoy fui a la alberca a nadar”. Gloria: “Va varias veces a la semana”. Irving: “Tres, cuatro”. Ignacio: “Y ahora en el verano”. Irving: “El básquetbol también me gusta mucho”. Ignacio: “Tienes un año que te saliste”. Javier: “¿Y porque razón no...?”. Gloria: “Básicamente, mira, él sí ya no tenía mucha empatía con el entrenador, que rudo, muy rudo, y está en la edad que dice que es rudo, pero Fabián era buen maestro” (GD 6_Íñiguez).

Los estereotipos de género se hacen presentes en las actividades físicas que se desempeñan. Por un lado, los deportes se asocian con lo masculino, y es de creencia popular que debe haber *carrilla* para que sea productiva la actividad; mientras, las actividades que se han culturalizado como femeninas, las artes, por ejemplo, representan para los niños, como en el caso de Irving, una situación de disgusto.

Ignacio: “Es un pretexto, al no querer correr, no querer andar ahí, les dan carilla, pues como debe de ser, no carilla, sino ponerlos a hacerlo, lo que deben de hacer, no ponerte de que ‘ah,

no, es que no, qué flojera'. Él se salió del básquet, y 'a ver', digo, 'a lo mejor le gusta el ballet. Ahora lo voy a meter a ballet'".

Irving: "Qué asco". Ignacio: "O a danza". Irving: "Papá...". Gloria: "¿Danza? Como el (menciona el nombre de otro escolar, al parecer, no perceptible en el audio)". Irving: No, qué flojera" (GD 6_Íñiguez).

Los estereotipos, mencionan Rodríguez-Teijeiro, Martínez-Patiño y Mateos (2005), unen lo masculino y lo femenino con características o rasgos de identidad; relacionan lo primero con la competitividad, la agresividad y la independencia, y lo segundo con la sumisión, el orden o la pasividad; esto influye claramente en los comportamientos de las personas.

La figura del padre aparece como una necesidad prioritaria para llevar a cabo actividades físicas. En el caso de los Kirov, la situación laboral de Marcelo dificulta el desarrollo de estas actividades; no obstante, Nuria plantea estrategias para realizarlas.

Nuria: "Una porque esperábamos a mi esposo, a que llegara él, y como llega muy tarde, pues era muy tarde ya y era como mucha presión de que ya era muy tarde y venir a bañarse, para la escuela y así como que pues ya no... Perdimos eso". Javier: "¿Y han planeado recuperarlo?". Nuria: "Pues ahorita tenemos unas bicicletas y queremos... eso es lo que queremos hacer. Aunque él me dice: '¡mamá, caminar!'. A él le gusta caminar, pero yo le digo: 'en las bicicletas, mejor'. Queremos, pues, eso, retomar las bicicletas para así podernos ir temprano nosotros dos, ¿no? Bueno, y el más grande también. Qué tiene que no nos acompañe su papá" (GD 5_ Nuria).

Los grupos domésticos reconocen la situación de salud que prevalece en el niño y saben que deben apoyarlos y motivarlos en el proceso de atención que llevan.

Si no tengo chanza de llevarlo, una vueltecita así, al bulevar nomás, porque sí lo llevo al deportivo y, por decir, una hora, pero ya no está el maestro que daba unas clases que daba ahí de ejercicio, y le digo a mi hija, como yo no puedo caminar mucho, le digo: “sácalo de aquí al bulevar, son como seis cuadras, siete, una vuelta así y ya”. O tengo una bicicleta ahí afuera, pero solo, obvio que no, “yo solo no”, tenemos que sentarnos en un lado de él y platicar, claro, para apoyarlo, activarlo (GD 8_Marisela).

Estarlo incentivando a hacer las cosas, pero que las culmine, que las realice, no nada más que quede ahí, y él está con todo eso, y si nosotros seguimos incentivándolo con la alimentación y el ejercicio, él lo va a hacer (GD 6_Gloria).

El sedentarismo, por otro lado, representa un reto constante en las transformaciones de la vida diaria de aquellos que están en una situación de salud como lo es la obesidad. Es complejo abordar las razones por las que la persona permanece en esta situación.

Javier: “Y, por ejemplo, las actividades de ocio, de sedentarismo, en el celular, la computadora, la televisión, ¿eso ha cambiado después del diagnóstico de obesidad?”

Verónica: “Después, no, sigue igual”. Javier: “Se sigue manteniendo. ¿Y qué le dicen sus hijos de no hacer actividad física, de no tratar de cambiar la alimentación? ¿Por qué no lo hacen?”.

Verónica: “Pues no sabría decirle. Por ejemplo, hay veces que vamos por unas partes... Por ejemplo, ya que vamos al HIMES, de aquí a PEMEX, por que por allí pasa el multirutas, y ya, y

me los llevo caminando de aquí a allá, y: ‘ay, no, no traigo dinero para pagar tanto camión de aquí a PEMEX y de PEMEX al HIMES, no’, les digo, ‘nos vamos a ir a caminando’. Yo con la intención de llevármelos caminando y pues ya me los llevo caminando allí y pues ya, allí agarramos el multirutas. Trato de hacerlos caminar un poco, de que se muevan un poco” (GD 7_Verónica).

El uso de las tecnologías ha minimizado la actividad física; impulsa a los niños y las niñas a permanecer en espacios cerrados e inhibe cualquier situación de movimiento que les haga gastar calorías.

Ahorita por el calor sí estamos muy sedentarios, no podemos salir o, si salimos, él sale un ratito. Le digo: “*Mijito*, hay que tener movimiento, porque el cuerpo otra vez se va a...”, ¿cómo se dice?, tullir. “Que tengas movimiento en tus piernas, porque si no, si se quiere agachar: “¡Ay, ay, me duele!”. Le digo: “ese es por tanta computadora”. Sí, sí tratamos de sacarlo en la tarde, no es de diario, pero sí estamos más activos (GD 8_Marisela).

Todo normal. Ahí no le puedo hacer yo nada, porque en esos momentos no estoy en casa, pero cuando yo estoy, es: “¡Ya bajó el sol (golpea los dedos), váyanse a jugar!”. Incluso mi sobrina, le digo, ella es la que más se mete: “vete a jugar, vete a jugar, vete a jugar” (GD 4_Monserrat).

Los elementos de la atención en CONHIES

Las representaciones sociales que se manifiestan a través de las nociones de las cuidadoras sobre los apoyos percibidos en el ámbito biomédico manifiestan repercusión en la cuestión alimentaria.

Para ellos, la atención biomédica, específicamente la de nutrición, ha estado marcada por experiencias anteriores; afirman que brinda las herramientas necesarias para que la situación de sus hijos mejore. Perciben que la condición de salud de sus hijos es diferente a la de los otros que están en atención.

No me han dicho nada [Narciso y Orlando]. No, pues, después de eso estuvimos platicando sobre el menú y todo, y ya me dijeron: “*Amá*, pero, ¿cómo vamos a bajar?”. “Pues tienen que seguirle al menú que siguió el doctor, lo del semáforo, pues, con lo del semáforo, y tratar de comer lo que deben de comer y lo que no” (GD 7_Verónica).

Como ya lo había llevado a otras partes así, pues llegar, medirlo, tomar la presión, explicar qué debe de consumir y qué no debe consumir, igual ya tenía una noción (GD 8_Marisela).

Lo que yo me imaginaba, que eran muy, la verdad, muy repunantes [sic], así, decía: “Qué flojera ir a nutrición, han de ser así bien repunantes [sic], que van a estar allí nomas dale y dale, *ay*, no, qué flojera tengo”, decía yo cuando me mandaron, ¿no? Al contrario, bien a gusto las sesiones, a mí se me hacen bien padres, aparte que mira otros niños uno, y yo digo: “*Ay*, sí, mira, aquel niño está más gordo”, o “la niña tiene más problema que la mía” (GD 2_María).

La consulta

Una de las particularidades que mayormente se manifiesta en el discurso de los grupos domésticos es la consulta médica. La consulta externa en nutrición es aquella en la se brinda atención médica a personas con alguna situación de salud en particular, en este, caso obesidad, y que no se encuentran internados dentro de la institución médica. Consiste en un interrogatorio y

en exploración física que conducen al diagnóstico o rediagnóstico de obesidad y a las recomendaciones nutricionales y sociales (tratamiento).

Empiezan a platicar: “A ver, ¿quién es Orlando?”, o “¿quién es Narciso?”. Ya le hicieron preguntas a él de cómo era su alimentación, qué comían, qué hacían en todo el día. Antes de eso, los pesaron, los midieron, les toman el volumen de la panza, y ya, pues, empezaron a decirles a ellos, les estuvieron preguntando que si qué les gustaba comer más, qué es lo que hacían en el día, les hicieron un cuestionario, le preguntaron a cada uno. Y ya, pues, hablaron con ellos de que estuviera... de que caminaran mucho. De hecho, fue lo que le dijeron, que tenía que tomar mucha agua y caminar treinta minutos (GD 7_Verónica).

Monserrat y María afirman que el tiempo durante el que transcurre la consulta es normal y ameno.

Ahí está bien. Al momento de llegar al piso de nutrición, totalmente personalizado, así lo siento, de que te atienden: “Adelante. Te toca tal ficha, ¿eh?”. Cuando te toca, los doctores a lo mejor fingen o no sé qué, si finjan, pero como que se acuerdan de la niña, de ti, y te sientes, no en fam... bueno, sí, como en familia, pero te sientes como que están al pendiente de ti, por ejemplo, o incluso, no sé si porque sean los doctores, por ejemplo, la doctora Ámbar y el médico, muy bien, muy buenos doctores, este, hay doc... me ha tocado que hay doctores de que no platican con el paciente y ellos no, platican lo que le pasó en la semana, que: “¿Qué hay? ¿Qué comiste? ¿Por qué? Porque ahí están haciendo su trabajo, aunque parezca plática, y es lo que me gusta, y ella no sabe ni cuándo le están preguntando las cosas realmente, y ella lo platica. ¿Para qué? Para que, yo siento que así lo hacen para que ellos digan la verdad y no

anden de que, si comieron, no sé, una pizza, no digan que comieron pizza, lo hacen muy normal, y pues eso a mí me gusta, que así lo hagan, así hagan la atención (GD 4_Monserrat).

Sí, sí es muy cordial, o sea, tanto el doctor Hugo Murrieta como Ámbar, muy bien el doctor Hugo Murrieta, muy platicador, muy, ¿cómo te digo? Tiene mucha comunicación con nosotros, con la niña, conmigo, tiene muy buena comunicación el doctor, platica y todo, motiva a la niña con lo que platica y lo que le dice la motiva, pues, o sea, le dice: “Ay, mira qué bien, bajaste tanto, mira, qué bien. Ay, te voy a dar...”, jugando con ella, porque nosotros le decimos de dónde somos, de qué pueblo somos, y él dice que él conoce. “Te voy a decir, te voy a dar permiso de que vayas a Ortiz y te comas una iguana asada”. Jugando, le dice la niña: “Ay, guácala, qué asco”, le dice la niña. Platica con ella, o sea, juega cordial, se despide de mano de la niña, de mí, nos dice que nos espera el próximo mes, nos dice que no faltemos. Ámbar nos recibe de beso, nos saluda, se despide igual, de abrazo, de beso, igual le habla bonito a la niña, ¿me entiendes?, le habla con mucha amabilidad, con mucha cordialidad a la niña, la motiva a que la niña quiera ir otra vez, pues, que diga: “Ay, ya quiero ver a la doctora” (GD 2_María).

La forma en que trabaja CONHIES es interesante, pues involucra a las cuidadoras y los cuidadores en el proceso de la atención. Ellos también son evaluados (pesados), se les considera como parte importante dentro de las recomendaciones que se les hacen a los niños y las niñas, y afirman que esto los hace sentir mejor.

Pues muy bien, porque así ya ahí yo, pues, ya me modero también en la alimentación, pues, me cuido y puedo estar bien de salud, porque, mira, aparte de que uno, mira, sí se excede de

más de peso, comenzó a dolerle las rodillas, la espalda, comienzan los achaques, pues, todo, ¿no?, uno mismo, entonces comienzan, me comienzan a doler las manos, lo que es los huesos, los huesitos así, o sea, uno mismo comienza a darse a enfermar, pos, y pudiendo ser ya, pos ya qué, yo lo que hago, cuarenta y cinco minutos de ejercicio, pos yo ya me siento mejor, me siento más activa, más liviana, ya me puedo abrochar los zapatos, ya voy bajando y ya puedo agacharme, puedo hacer todos los movimientos normal, pues puedo hacer de sentirse uno mejor (GD 3_Mónica).

María: “Nos pesan sin zapatos, la miden [a Dalilah], le miden la masa corporal nada más, me miden a mí y a ella. Me regañaron porque subí de peso”. Javier: “¿La regañaron? ¿La regañan?”. María: “O sea, no te regañan, pero te dicen: ‘Pero ¿¿por qué?! Si estábamos bien, íbamos bien, y mire, porque hay que echarle ganas’, o sea, así... Y a la niña pues la felicitaron y, como te digo, todo bien, la verdad, no tengo quejas” (GD 2_María).

En algunos casos, no obstante y como se documentó en el estudio de sombra, el pesaje de las cuidadoras y los cuidadores no se lleva a cabo.

Marisela: “El médico, cuando nos atendía, a mí me gustaba porque me pesaba a mí también. [...] Ya no me pesa, porque dice: ‘Si baja la mamá, tiene que bajar el niño; si sube la mama, sube el niño’. Y estábamos muy bien al principio con eso, me gustaba esa forma, y ahora no”. Javier: “¿No la pesan a usted?”. Marisela: “No, y dije: ‘Está bien, el paciente es él, no yo’” (GD 8_Marisela).⁴³

⁴³ Parte del personal que atiende en la consulta está conformada por prestadores de servicio social, como Ámbar, pero, a diferencia de ella, las otras profesionistas dependen de la licenciada Tijerino, por lo que no se lleva como tal la atención integral en la que se basan el doctor Hugo Murrieta y la licenciada. Quintero.

La atención que han recibido en CONHIES en su mayoría ha sido agradable, y han tenido una experiencia grata con el personal y con las actividades que se llevan a cabo para tratar la condición de salud que presentan sus hijos.

Le han ayudado mucho [a Dalilah], esta Ámbar ha sido muy buena nutrióloga con la niña, la ha motivado muy bien, la ha, ¿cómo te dijera la palabra?, no sé si, o sea, sí me la han atendido muy bien (GD 2_María).

Pues bien, se me hace muy bien, la verdad, porque cuando les mandaron a hacer estudios, me estuvieron explicando, tanto a mí como a los niños, empezaron a hablar con los niños también, y pues sí, sí se me hizo muy bien (GD 7_Verónica).

A mí sí me gustó mucho la atención que me dieron, ¿no?, porque el doctor que a mí me atendió, que es el médico, es una persona muy centrada, con mucha experiencia, y es una persona pos mayor, ¿no? [...] Una persona que sí me gustó, porque hay doctores que nomás te, hazte de cuenta que nomás llegas y todavía no sabe, no sabe ni lo que tienes y muchas veces ya te están apuntando, te dan la receta y *bye, bye*, adiós, así, pero él muy bien explicado, muy bien, a mí me gustó, pues él mismo me puso la cita, me explicó muy bien lo de la, de Karla, qué es lo que teníamos que hacer, nos dieron una plática aparte, una plática con... Ámbar, ¿no?, nos llevó hasta para allá, nos metieron para adentro, a un aula donde ella nos explicó y pues, muy bien, muy bien, muy bien explicado, muy bien todo lo que teníamos que hacer y cómo íbamos a trabajar y cómo, lo que íbamos a hacer con Karla, para que ella pues estuviera mejor, ¿no?, en la salud (GD 3_Mónica).

Finalmente, cuentan experiencias que se refieren, de manera positiva, a la duración de la consulta.

Conversa el doctor con él, le pregunta cómo le ha ido, cómo se ha portado, en cuanto al... o sea, a los alimentos y así. Y conversa un poquito y ya después el proceso de pesarlo, medirlo, y es todo. Es muy rápido (GD 5_Nuria).

Fue rápida la atención, digo, amena, muy general, ¿no? [...] El semáforo, más que todo, lo que vimos en: “¿Qué te gusta comer?”, y: “Ah, bueno, pues cuídate, esto come, esto no, ¿eh?”. ¿Qué más vimos? Los compromisos de comer, comer bien o no comer, mejor dicho (GD 6_Ignacio).

Realmente debe de ser entre cinco y diez minutos, porque nomás es pesar, es tomar datos y listo, pero como es... se preocupan por ella, platican, se va entre quince, veinte minutos, hasta media hora, incluso la última me llevé cuarenta minutos (GD 4_Monserrat).

Las pláticas

Aunque las pláticas mensuales son un elemento más de la atención en CONHIES, durante las entrevistas el tema del que más hablaban las familias era la consulta en sí. Sin embargo, las cuidadoras y los cuidadores también refieren algunas de las experiencias que han tenido en estas actividades, que han sido un apoyo para el tratamiento.

Monserrat: “Hay pláticas cada...cada mes, cada el segundo jueves de cada mes”. Javier: “OK, y ¿en qué consisten esas pláticas?”. Monserrat: “Pues son diferentes pláticas. Van doce en total: uno es una historia de qué le paso a Pepito que...”. Eloísa: “Si no se cuidaba bien”. Monserrat: “Algo, una fue una historia, la otra fue las porciones que vamos a necesitar, por ejemplo, la porción de carne, la porción de jamón, la porción de...”. Eloísa: “Cereal”. Monserrat: “Cereal. La otra de cómo afectaba a los huesos en la obesidad, grasas. En la última fue de ejercicios e inclu... va a venir de azúcar, la cantidad de azúcar que tienen algunos alimentos, y son temas que uno desconoce, y me gustan, ¿no? Al final del año hacen una posada; ahí sí les permiten comer, ¡claro, ellos saben qué darles! Pero sí les permiten comer lo que ellos dan, una posada con sus dulces, con su piñata, con sus regalos, juegos” (GD 4_Escalante).

Ya me invitaron a participar ahí, a ir a los jueves de cada mes a la plática de cómo uno se debe de alimentar. [...] Yo y mi niña fuimos y ya ahí nos explicaron, y me gustó mucho a mí, porque uno ve pues todo y ya lo aplica uno mismo aquí en la casa. [...] Ahí evita mucho pues comer grasas y todo eso, entonces para pues para ayudarnos nosotros mismos. [...] Está muy bonita la plática, a mí sí me gustó (GD 3_Mónica).

Lo que se muestra en las pláticas tiene incidencia en las actividades que, ahora, en la vida diaria, llevan a cabo las cuidadoras y los cuidadores en la atención de sus hijos. Así lo refieren Fátima y María en sus discursos cuando mencionan lo que sus hijas han aprendido en las pláticas.

Es la primera [plática], ¿no? (a las niñas), a la que voy. Si ellas estaban encantadas; yo me tuve que salir, no sé si se dio cuenta, por la niña que se puso a llorar, no me fijé, la verdad, y la rutina del ejercicio, yo no estuve, disque se iba a dormir esta (la niña) afuera y no estuve yo, pues también es otra de las cosas que yo no vi, el ejercicio que les puso el muchacho, pero... Ellas estaban: “Mamá, que hicimos esto, mamá, que hicimos lo otro, que esto”, estaban emocionadas y llegaron y le hablaron a su nana: “Ma, nana, estuvo bien suave la plática, sí nos gustó mucho a las tres, estaba muy suave”, y después el refrigerio, ¿no?, que les dieron (risas). Estaba muy rico (GD 1_Fátima).

Yo estoy muy a gusto así, veo muy bien la atención que le dan a la niña, lo poquito que aprende, porque sí aprende; por ejemplo, cada platica a la que vamos es diferente, por ejemplo, la primer plática a la que nosotros fuimos se trataba de lo que empezaba a salir por la obesidad; las manchas y todo eso, *uy*, a la niña se le grabó mucho, y lo luego fue y les dijo a sus tías: “No te estés tallando cada vez que te bañas porque esto de aquí no es mugre, es porque estás obesa, tía. No te sientas mal por lo que te digo, pero esta es verdad”. Cuando fue la siguiente, fue de ortopedia, cuando le fue y le dijo a su papá: “*Papi*, no es que te duele la cintura porque estás gordo, mira, bien panzón, por eso te duele el hueso de aquí, de la cintura. Si adelgazas se te va a quitar el dolor y no te vas a enfermar de otras cosas”. [...] O sea, ella ya viene con la mentalidad de lo que le dicen allá. Y luego, cuando fuimos en la de la comida, igual, y ahora esa otra platica que fuimos también, los ejercicios que debe de hacer. Ahí le hace a lo loco, pero le hace al loco, y allí está dale y dale, ella sola se hace sus rutinas, pero lo hace, no hace mucho pero lo hace, camina su media hora (GD 2_María).

Recomendaciones en la consulta

Las recomendaciones que se hacen en la consulta están basadas en los tres pilares que maneja CONHIES: la alimentación, la actividad física y la reducción del sedentarismo. En los discursos de las familias aparece constantemente el apoyo que representa el semáforo de los alimentos.

Les estuvo explicando la muchacha de nutrición, eso del semáforo. El verde debe ser toda la fruta y verdura que se tenían que comer, cinco de cada... cinco frutas o cinco verduras al día; y del amarillo pues viene siendo pues que el pan integral, puras cosas... que viene siendo, por ejemplo, el pescado, el pollo, la leche... y ya por lo del semáforo viene siendo sodas, Sabritas, jugos, papas fritas, hamburguesas, la pizza... Que no se debe de comer... Nada, menos, por ejemplo, el nutriólogo le subrayó al niño y que menos la soda, ni los juguitos ni nada de eso... Y pues no... pues siguen en lo mismo (GD 7_Verónica).

Los niños y las niñas identifican por sí solos los alimentos que se encuentran en cada color; saben qué alimentos no deben consumir.

Javier: “¿Qué les dijeron sobre el semáforo?”. Ignacio: “Del semáforo más que tratara de respetar lo que era el los grupos de alimentos”. Gloria: “De los hay que tener cuidado”. Ignacio: “Pero ahora, digo... puede prepararse mil de alimentos con cualquiera de los colores y así”. Javier: “¿Qué significan, Irving, los colores que están en el semáforo para ti? Cuando te los dieron y los leíste. ¿Qué significan, por ejemplo, los que están en el color verde?”. Irving: “Los que sí se permite, los que puedes comer cuando quieras, donde quieras, pues”. Javier: “¿Y los amarillos?”. Irving: “Los que muy moderadamente, no comer muchos, y casi nada, dos veces a la semana, una...”. Javier: “¿Y los rojos?”. Irving: “No comerlos” (GD 6_Íñiguez).

Montserrat: “El semáforo consiste, pues, en tres colores. [...] Rojo, amarillo y verde. [...] El rojo es totalmente prohibido o... (le pregunta a la Eloísa), ¿es la palabra prohibido o...?”. Eloísa: “¡Prohibido!”. Monserrat: “Prohibido, ¿verdad? Prohibido. El amarillo es...”. Eloísa: “Moreda...”. Monserrat: “Moderadamente, y el verde, pues es...”. Javier: “¿Libre?”. Monserrat: “Libre no. [...] Permitido ya. [...] Y lo que es el rojo, pues está la pizza, está el queso chihuahua, el queso Oaxaca, están la cátsup... Hay muchísimos alimentos que realmente son los que comíamos o lo frecuentábamos, pero los doctores me dicen: ‘Ya sabemos que son niños’, o sea, no es de que; ‘No, no lo toques’, pero sí, una vez a la semana o una vez a dos semanas tampoco es prohibirle. El amarillo, el amarillo está la papa, está cereales, está el queso, están cremas, están creo que algunas semillas, por ejemplo, nuez, almendras. Y en las verdes están todas las frutas y todas las verduras” (GD 4_Escalante).

Las referencias a la actividad física son frecuentes una vez dadas las nutricionales, pero su énfasis práctico no es tan preciso como lo es el alimentario.

Les pusieron todas esas actividades para que tuvieran movimiento, porque era mucho lo que veían de televisión, me dice ahorita: “usted”, dice, “puede aprovechar”, dice, “a sentarse, y haz esto, y haz esto y haz esto. También no se va a pasar, no me las va a poner a lavar la ropa tampoco”, dice, “pero sí lo que usted crea que lo vayan a... lo puedan hacer, póngalas”, me dijo, “póngalas a hacer, no que porque ‘ay, está chiquita’”, dice, “no, les va a servir para ellas activarse y le va a servir *pa* [sic] un futuro”, dice (GD 1_Fátima).

La participación de los niños y las niñas en la atención a la obesidad

Participación en la consulta médica

La participación de los niños y las niñas dentro de la consulta médica se limita a responder las preguntas que tanto el médico como la nutrióloga realizan. Aunque en los discursos se manifiesta, por parte de las cuidadoras y los cuidadores, que en la consulta la atención gira en torno a los niños y las niñas, es claro que lo que se lleva a cabo es el establecimiento de confianza con ellos para conocer sobre las actividades que realizan en la vida cotidiana.

La consulta sí, por lo regular a ellos más le están preguntando que si estaban estudiando, cuántos años tenían, qué hacían todo el día, qué hacían en la mañana, que se levantaban y qué comían a la hora del recreo... qué comían todo el día le estuvieron preguntando... a ellos les estuvieron preguntando (GD 7_ Verónica).

Cuando se dirigen a las cuidadoras y los cuidadores durante la consulta, la intención es confirmar o ampliar cierta información que, según quien esté a cargo de la consulta, se presenta como vaga o imprecisa en el discurso de los niños y las niñas.

Javier: “En la consulta, ¿cómo es Kristian? ¿Toman en cuenta la opinión de Kristian? ¿Platican con él?”. Nuria: “Sí”. Javier: “¿Le preguntan?”. Nuria: “Sí”. Javier: “¿Y Kristian responde?”. Nuria: “Sí, de hecho se dirigen a él, y él es el que contesta”. Javier: “Y con usted, ¿para qué se dirigen? ¿Para preguntarle sobre qué situaciones?”. Nuria: “Pues cuando el doctor... casi siempre pues le... se refiere: ‘Oye, Kristian, pues esto’, y ya nada más como para confirmar: ‘¿Es cierto, señora?’, o: ‘¿Cómo se ha portado, señora?’” (GD 5_ Nuria).

El médico siempre se dirige a ella, que si qué comió, que si qué hizo, que si... Ya después a mí me podrán preguntar algunas otras cosas, pero en sí la consulta se dirigen a ella (GD 4_ Monserrat).

La consulta es, además, un espacio donde se da la oportunidad a los niños y las niñas de que propongan ideas en cuanto al plan alimenticio que se les recomienda, y donde es importante que haya confianza en ambas partes, profesionales y pacientes.

La persona que está atendiendo, la nutrióloga, se dirige a él, primero, me hace las preguntas a mí y luego se dirige a él, con él es el trato. Le preguntan que si hizo bien la dieta, que si qué tanto hizo de ejercicio en el día, qué le gusta y qué no de la alimentación, qué pudieran cambiar y le dan ideas. “No, pues que me gusta así, las galletas”; “puedes comer así un poquito, unas dos”. Ellas le dan ideas, pero el niño es muy serio, pero ellas le sacan... le hacen plática con él, eso sí me gusta (GD 8_ Marisela).

Les hizo muchas preguntas, y sí, sí platicó, entre las preguntas sí platicaba con ellas, pero no sé si era por las preguntas, para darle confianza y le contestara bien, o no sé, la verdad, si así vaya a hacer siempre, apenas es la tercera [consulta] (GD 1_ Acosta).

Con la que más así confianza ella se ha sentido [...] con el doctor, ¿no?, porque con él sí se... como que sí se cohíbe, pero sí, sí le hace preguntitas, ¿no? Pero sí, ya ve que ella ha expresado lo que ella siente y ya ve que delante de su papá lo que le ha dicho, ¿no? Igual con la

psicóloga, con él, con el doctor Gutiérrez también se ha expresado, ella sí ha dicho su sentir (GD 2_ María).

Participación en el hogar

En relación con la compra de la despensa, son pocos los discursos en los cuales se manifiesta la participación de los niños y las niñas como sujetos activos y con decisión; aunque se les hace partícipes de este evento, quienes tienen la decisión de adquirir o no los alimentos son las cuidadoras y los cuidadores.

Javier: “¿Y ellos deciden qué comprar o qué elegir que les guste?”. Verónica: “Pues sí, cuando andamos por el pasillo de los cereales, o alguna parte: ‘*Amá, ¿nos compras esto?*’, que a veces que barrita de cereal o así. Pues sí, sí me piden cosas” (GD 7_ Verónica).

María: “Va con nosotros”. Javier: “¿Sí opina?”. María: “Claro, desde luego que opina. Acarrea y echa”. Javier: “¿Y se le respeta?”. María: “Sí. No sabe quién va a pagar, pero echa: claro que vemos nosotros qué [comprar]” (GD 2_ María).

Cuando ella, cuando yo, nosotros la invitamos al mandado a ella, ella, primeramente, ella dice: “*Amá pepino*”, “*mamá, llévame pues duraznos, llévame, llévame*”, allí anda ella echando al carrito, que la lechuga, que así, ¿no? (GD 3_ Mónica)

Esta práctica también representa algunas veces un momento crucial donde se manifiesta situaciones que, como en el caso de los Jiménez, producen rupturas en la atención. Las familias tienden a limitar ciertos productos o establecer estrategias que contribuyan al bienestar del niño.

Marisela: “Él va conmigo o con su papá, o cualquiera de los dos podemos ir al mandado, ya sea mi esposo solo o yo sola, pero él acompaña, a él le gusta ir. Pero cuando va con el papá, echa galletas, nieve...”. Javier: “¿Y se lo permite?”. Marisela: “Sí, él sí. [...] Le digo: ‘es una vez por semana’, le digo, y ya estando aquí no se detiene, me ha tocado, pues ni modo, echar al carro y me voy y lo dejo para que no lo vea, y: ‘se acabó, se acabó’, y sí, yo lo dejo con mis parientes”. Javier: “¿Tiene que realizar estrategias?”. Marisela: “Sí, y no puedo, digo yo, a veces se antoja las tortillas de harina, cómo no, con unos taquitos de frijolitos o algo, tampoco puedo estarlas escondiendo porque ya conoce todos mis escondites. Voy y lo pongo en la cocina, en un cajón o lo pongo en otro y les comenta a mis hijas: ‘Ahora mamá puso las tortillas en otra parte, ya di con ellas’” (GD 8_ Marisela).

En cuanto a la elaboración de la comida, se da a los niños y las niñas la oportunidad de participar, y, algunas veces, cocinan sus propios alimentos.

Sí, si me ayuda. Me dice: “Mamá, yo echo esto”, desde que llegamos al súper, ¿no? “Ándale, pues”. Y sí veo que echa tantos pepinos, echa esto, o sea, le doy las cantidades, me ayuda. Empieza a cocinar su propio desayuno también (GD 5_ Nuria).

Me ayuda como, por ejemplo, si a ella le da hambre o, por ejemplo, que no le, yo no le pico, ella misma viene y pela un pepino y se hace y hasta a mí me lleva, ella me comparte, conmigo, pues, porque yo bajo así o bajo y ya pico, yo pico, por ejemplo, una manzana, por ejemplo, le revuelvo como un pico de gallo, pues así, pero sí, si ella sí coopera, pero no a guisar, no, no, no a guisar. Antes sí lo hacía, pero ahorita no, no ha podido ella (GD 3_ Mónica).

Aunque algunas veces la participación de los niños y las niñas para realizar la comida se vea limitada, también se denota en algunos de ellos cualidades culinarias; por tanto, esta área debería ser reforzada por quienes están a cargo de su cuidado, como en el caso de la familia Íñiguez.

Javier: “Ahorita que estas de vacaciones, ¿te dan la oportunidad para tú cocinar?”. Irving: “Pues sí, pero...”. Javier: “¿Y qué cocinas?”. Irving: “Mi papá no me deja”. Gloria: “Dile qué cocinas”. Irving: “De hecho, lo único que sé hacer son quesadillas. [...] Lo único que sé cocinar son pasteles”. Gloria: “Y pizzas de tortilla”. Ignacio: “Sí sabe cocinar”. Javier: “¿Sabe cocinar?”. Ignacio: “Ayer se agarró: ‘A ver, te voy a hacer un pay de limón’; ‘ándale, pues’, se lo aventó y está buenísimo”. Irving: “Un día hice una pizza con una tortilla de maíz”. Javier: “¡Pues súper bien! ¿Y el desayuno, por ejemplo? ¿Sí te avientas a cocinarlo tú? Por ejemplo, el huevito”. Irving: “Huevo revuelto sí sé hacer; estrellado, no. Una vez iba a hacer un *hot cake* y mi abuela no me dejó”. Ignacio: “Sí lo puedo dejar porque tiene cabeza, ¿ves? Te enseña todo lo que se pone a hacer, de figuritas, que palitos...”. Javier: “¿Sí tiene participación en el proceso de la elaboración de los alimentos?”. Ignacio: “Sí, sí, todo eso. Se mete y dice: ‘Yo te voy a hacer cena, unos sándwiches’, todo bien”. Gloria: “No tenemos que darle cuchillo y papas, cosas, ¿no? Pero en lo demás sí, sí mete su cuchara” (GD 6_Íñiguez).

Se denota también la influencia que ha tenido el semáforo de los alimentos en las actividades relacionadas con la comida y, sobre todo, obedecer lo que se ha recomendado. Además, se da a los niños y las niñas la opción de elegir lo que comen, y cambiar ciertos alimentos por otros cuando es posible.

Ahorita en el desayuno, ellas se lo están haciendo. [...] Me dicen: “Mamá, si me hago un huevo, ¿qué me puedo echar?”. Pues en la hojita dice que es un huevo con una salchicha; se ponen a picar la salchicha y ya se lo guisan. Yo las estoy viendo, claro que no las dejo solas, porque, pues, apenas, están chiquitas todavía. Y en eso, eso sí se lo han estado haciendo, y, como te digo, que si ya de plano no, me dicen: “Mamá, ¿te ayudo?”. “Ey, a ti te toca barrer, a ti te toca trapear y a ti te toca lavar los trastes y a ti te toca juntar la mesa”. Así me dijo el doctor, pues así, no lo hacían, por eso sí las está motivando (GD 1_ Fátima).

Marisela: “Si, él elige las comidas ahora. Inclusive, anoche que nos íbamos a acostar: ‘Mañana quiero pollo así, con mucha lechuga’. ‘Ah, bueno’. Inclusive si consumimos mucho pollo, porque ese no va guisado con aceite ni nada de eso, cocido, en la plancha, perfecto. Sí, la mayoría de las veces sí, él, si de él no sale: ‘Mijito, ¿qué quisieras comer?’. ‘No, pues que esto’; si me dice algo grasoso, lo hago así, yo se lo cambio: ‘¿No te pareciera mejor... esta cosa así...?’, sí lo acepta”. Javier: “¿Y colabora y participa en la elaboración de los alimentos?”. Marisela: “A veces sí me lo traigo. ‘Tienes que ir aprendiendo, porque tus hermanas están creciendo, se van a casar, tal vez, si yo me enfermo algún día, me lleguen a operar de las rodillas’, porque ahora, este enero, me iban a operar, pero gracias a Dios dijo el doctor que todavía no, ‘y ya solito te tienes que preparar los alimentos’. Y sí, sí lo traigo a la cocina” (GD 8_ Marisela).

Finalmente, la participación de los niños y las niñas puede verse limitada ante la presencia de redes sociales, en este caso, familiares, como lo señala María, que evita que Dalilah

participe cuando se encuentran sus nietas, pues todas querrían participar en la elaboración, y no puede estar pendiente de todas ellas. No obstante, cuando están solas, permite que la niña cocine.

María: “A veces, que sí, cuando estamos ella y yo solas, porque, mira, si ella quiere participar y si la dejo a ella, quiere meterse la otra y la otra, la otra, la otra y la otra, son como seis mujeres, siete, entonces, quieren meterse todas; pero cuando estamos ella y yo solas, sí”.

Javier: “¿Qué hace?”. María: “Hacemos para mí y para ella, ¡imagínate qué hacemos!; ella se hace un sándwich con pan integral, con jamón del que ella come, porque tiene permitido, de fibra, el pan. Se hace licuado, pica frutas, pica la manzana, pica pedazotes pero pica, lo pica, le echa el yogur en el platito que debe de comer; pues ella y yo estamos y nos vamos al cuarto y allá se lo come, su fruta” (GD 2_ María).

Capítulo IX. Nociones sobre la atención a los niños y las niñas en el hogar

Algunos los elementos que conforman una representación son las nociones, los conceptos, las ideas que se tiene respecto a algo. Para entender la representación social de la atención de niños y niñas con obesidad, se describen las nociones de salud y de enfermedad, pues, en el presente trabajo, las nociones son para mí la base de sus saberes que tienen como cuidadoras y cuidadores. Posteriormente, se presentan las dinámicas que genera esta búsqueda de atención. Hay que recordar que las representaciones sociales no se reflejan necesariamente de igual manera tanto en las dinámicas de alimentación como en las de actividad física. Puede haber incongruencias entre representaciones y prácticas; mas lo importante es conocer cómo están compuestas, qué significan y de qué manera pueden influirse mutuamente para que estos conocimientos previos puedan ser considerados en procesos educativos o en procesos de atención.

Las nociones sobre salud, enfermedad y atención. Un acercamiento a la obesidad desde la experiencia de las cuidadoras y los cuidadores.

Menéndez (1997) señala que hay una necesidad de integrar aspectos simbólicos y estructurales que tienen los grupos sociales. En este caso, son los grupos domésticos, a través de las cuidadoras y los cuidadores, quienes manifiestan una serie de significados sobre sus prácticas, que condicionan en mayor o menor medida sus acciones, y que es necesario conocer para comprender la representación social que sobre la salud, la enfermedad y la atención tienen y que llevan a cabo para mantenerse sanos y para el cuidado de sus hijos e hijas.

Salud

Las cuidadoras y los cuidadores, por lo general, definen salud como la ausencia de la enfermedad; un cuerpo sano no tiene mal alguno, es un cuerpo fuerte.

Lo mejor para el organismo, para (se queda pensando algunos minutos, mira arriba)... [...]

Pues una persona saludable, que no se queja de nada, no sé, fuerte (GD 7_ Verónica).

Mientras estamos, por ejemplo, ya sea en la consulta o en la plática a la que vamos, viene a mi mente, pues el de estar bien, estar bien en el, o sea, pienso, ¿no?, así como, pues, que no haya nada malo en el cuerpo, no haya una enfermedad y cosas así, estar bien (GD 5_ Nuria).

La noción de salud incluye una gran variedad de elementos; algunos cuidadores se refieren a la salud física, como un cuerpo sin dolencias, y, a la vez, se alude a la responsabilidad individual del cuidado en varios sentidos: lo que se come y lo que se hace en vinculación con los servicios médicos para prevenir enfermedades o evitar que se agraven.

La salud, para mí, es algo, ¿cómo le podría decir? Pues, la salud es algo, estar sano, vivir mucho tiempo, cuidarse, cuidarse uno, amarse, quererse uno mismo, porque, porque *habemos* personas que así, ¿no?, hay personas que... que en veces, dicen que “voy a comer eso”, y no se cuidan, el tener cuidado, pues, la *salú* [sic], ¿no?, sobre todo, estar pendiente de uno, hacerse análisis, ¿no?, de estar pendiente de hacerse una revisión, de estarte desparasitando, ¿no?, de todo un poquito, mantenerse uno sano y salvo, ¿no? (GD 3_ Mónica).

En los tres casos citados, se observa que la noción de salud, vinculada con el problema de la obesidad, tiene una carga de medicalización, de manera implícita o explícita. Orueta et al (2011, 151) hablan sobre una medicalización de la vida, y dicen que “en la actualidad, situaciones de la vida como el cansancio o la frustración y variantes de la normalidad como la calvicie o la fealdad están siendo consideradas como enfermedades y, en muchos casos, sometidas a tratamiento farmacológico o incluso quirúrgico”.

Las cuidadoras y los cuidadores asocian salud con cuestiones biológicas: la salud es el organismo que se encuentra bien; para ellos, este organismo está corporizado, hacen referencia al cuerpo como objeto en el cual se deposita la salud. Se entiende la noción de salud en contraposición con la de enfermedad, y puede o no estar asociada con la apariencia física. En las

entrevistas, se expresó la contradicción de que, si bien se señala la delgadez como sinónimo de salud en los espacios médicos, un cuerpo delgado puede estar enfermo; con esto se relativiza el estereotipo que se difunde en los medios de comunicación y en los espacios biomédicos de que un cuerpo sano es un cuerpo sin sobrepeso.

Salud... Yo me ubico enfermedades que hay que cuidar para que no se enferme el cuerpo (GD 8_ Marisela).

Que están bien, que no están enfermos (GD 1_ Fátima).

Yo puedo ver una que esté bien, porque igual puedes ver una persona que esté delgada, pero está enferma, pues, no necesariamente tiene que ser el físico para que digas. Es muy diferente salud a saludable, ¿qué no? (GD 1_ Octavio).

En ocasiones se habla de prácticas no saludables, como comer y ver televisión, y se identifican como problemas de salud. Resalta la atribución de características saludables, directamente en los objetos, principalmente a los alimentos que son o no saludables.

Javier: “Y si no tiene salud, entonces ¿qué es lo que pasa? O diríamos que hay como otro polo, ¿no? Es la salud, y está como otro polo, que sería...”. Fátima: “Como que estar sentada, comiendo, viendo televisión”. Javier: “¿Y eso qué puede provocar?”. Fátima y Octavio: “Que no esté saludable” (GD 1_Acosta).

Finalmente, hay también referencia al equilibrio, a la constancia, pero “trampeando” (Barragán 2004), o relajando las prácticas al menos una vez por semana. La noción que se tiene sobre salud está anclada a la cuestión nutricional.

Nutrición, principalmente nutrición, equilibrio tanto en el ejercicio como en el alimento, somos lo que comemos, o sea, en eso estoy totalmente de acuerdo, ¿no? Pero sí es de que te digo, mira, pues a lo mejor un día a la semana aflojar un poco, pero sí tiene que ser constante, constante, constante, y el adelgazar no es meterte a dietas que te matan de hambre, es saber qué vas a comer; eso es para mí la salud (GD 6_Gloria).

Una frase que se repite continuamente es “somos lo que comemos”, y se habla de equilibrio en todo lo que hacemos, en ejercicio y alimentación. La idea de que para lograr el cambio se requiere la constancia en la alimentación y el ejercicio nos deja claro que atender a los niños y las niñas se capta al menos en el nivel de *deber ser*.

Enfermedad

De manera similar a la salud, según lo observado en la organización de la información, es importante cómo se manifiesta la enfermedad en el cuerpo al que, nuevamente, lo mencionan como un espacio en donde se manifiesta la enfermedad.

Pues una persona débil, no sé... quejándose... (GD 7_Verónica).

A su vez, se manifiesta miedo o incertidumbre ante los tratamientos que se tengan que llevar a cabo para solucionar una enfermedad.

Ignacio: “A mí me entra el miedo... por más que digas: ‘Lo van a tratar bien’, no, mejor que no exista”. Gloria: “Es miedo y es incertidumbre y es mucho también como daño psicológico, porque estás pensando cómo lo son, los tratamientos... Pero sí es un miedo, miedo a la enfermedad” (GD 6_Íñiguez).

Por otro lado, se refieren a enfermedad como una cuestión de desigualdad frente a otras personas y/o de discapacidad, lo que imposibilita al cuerpo disfrutar las actividades que le gustan.

Pues lo contrario, limitado, o, no sé, como... pues limitado, *pauseado*, sin poder desarrollarse, sin poder ser, estar igual, pues, que los demás. ¿Está bien? (GD 5_Nuria).

Enfermedad... Que se lastime el cuerpo, que alguna incapacidad o algo... (GD 8_Marisela).

Se usan diminutivos para referirse a algunas enfermedades lo que hace pensar que los grupos domésticos, y específicamente los y las cuidadoras, atienden o se centran en ciertas enfermedades que desde su representación aparecen como potencialmente dañinas a la salud, porque de las demás caen en el patrón de lo que sucede normalmente ya que las personas se tienen que enfermar.

¿Cuándo me iba a imaginar de que Karla iba a tener una alteración de azúcar o que ya es pre diabética? Fue entonces también por la mala alimentación, muchas veces a lo mejor es porque no nos damos cuenta de cómo se debe de alimentar uno, pero porque uno no tiene el conocimiento, la base, pues. Entonces, ya empezamos a descubrir; yo fui a unas platicas y ahí fue donde me interesó, y yo me di cuenta pues *quesque* [sic] de todo lo que se debe cuidar uno en la salud *pa* [sic] no enfermarse, pues, uno. Pues aquí en la familia habíamos estado, pues, sanos, ¿no? Pues que gripitas, que cositas así, no, nunca fuertes, no, la única fuerte es Karla, ¿no?, pero ahí estamos tratándola, saliendo adelante con ella y cuidándola, sobre todo en la alimentación, ¿no?, cuidándola un poquito (GD 3_Mónica).

Es notable cómo en la narrativa anterior Mónica deja al descubierto la responsabilidad que tienen como cuidadores de niños que presentan esta situación de salud y el tratamiento que siguen para *apoyar* a sus hijos.

Noción de atención

Con base en las entrevistas, la noción de atención aparece construida como un ejercicio de prevención de la enfermedad. A su vez, las cuidadoras y los cuidadores expresan que la atención se basa en dos de los tres pilares que señala CONHIES como fuertes para el cambio de hábitos: la alimentación y la actividad física.

Una persona que es precavida, que está previniendo antes de que se ponga mal una enfermedad o algo así. [...] ¿Cómo es atenderla? Pues tratando de cuidar lo que comen. [...] De hacerlos que tengas más actividad física (GD 7_Verónica).

Uno de los temas importantes son las indicaciones y recomendaciones biomédicas que se les brindan a las cuidadoras y los cuidadores en el espacio de salud al que tienen que *ir*; recomendaciones que tienen que ser llevadas a cabo.

Y atender... El tomar lo que se le está diciendo (GD 5_Nuria).

Marisela: “Atender, pues, la persona que nos da la orientación de cómo cuidarnos”. Javier: “Y cuando dicen: ‘hay que atender la enfermedad’, ¿qué querrán decir?”. Marisela: “He ido a revisar, ir a una revisión” (GD 8_ Marisela).

Junto a esto aparece también referencias que abordan la medicalización en chequeos constates. Sin embargo, existen obstáculos y dificultades que imposibilitan la atención a las situaciones de salud y enfermedad.

Si sabes que estás enfermo de algo, pues te vas a atender. Te tienes que atender (GD 1_Octavio).

Estar constante. Que citas, que checándote, que si *empioras* [sic] o mejoras. Para mí es atención (GD 1_ Fátima).

Atender la salud *pa* [sic] mí es, por ejemplo, es darle los medicamentos a tiempo, por ejemplo, *pa* [sic] ir disminuyendo un poquito, *pa* [sic] ir ayudándola a que se sienta bien, en cuestión, a mi hija, ¿no? *Pa* [sic] que ella se sienta bien, tengo yo que estar muy al pendiente, ¿no? Qué come, qué no come, estar al cuidado, pues, o sea, igual yo también, porque... si ella ve que yo

voy y me compro unas Sabritas, ¿qué es lo que va a pasar? Pues ella también va a querer (GD 3_ Mónica).

Por otro lado, aparece la responsabilidad que tiene el cuidador en la atención del menor y las repercusiones de no atenderlo; las consecuencias se manifiestan en el cuerpo, a través de lo que llaman *inflar*. Explican, también, las razones por las cuales dejan de atender a los niños y las niñas; las causas van desde las limitaciones económicas hasta el cansancio o la flojera.

María: “Tener cuidado de ellos, atenderlos, verlos, darle sus alimentos a las horas y lo que es de alimentos, si puedes, porque hay personas que sí podemos y otras que no pueden, entonces, eso es atenderlo, para mí eso es atenderlos”. Javier: “Y ¿en qué está el poder atenderlos y el no poder atenderlos?”. María: “Te repito, muchas veces lo económico no te deja que le des la alimentación adecuada a una persona obesa. [...] Muchas veces la flojera, porque sí da flojera, pero tienes que decir... pero, porque pueden ser muchas cosas: la flojera, lo económico o que no tengas ganas o lo que tú quieras o que digas: ‘Ay, ya no la voy a llevar, ya me enfadé’, que te enfades, pues es que el estar yendo, viniendo, yendo, viniendo, yendo, viniendo, hasta allá; hay gente que sí se enfada y ya no los lleva. En mi caso no, ¿no? En mi caso no ha pasado, pero sí hay gente que por no ir se va inflando, por no recibir la atención que deben de tener, se va inflando, inflando, inflando y así se van” (GD 2_María).

Finalmente, se habla sobre un *pensar* que se transforma en un *hacer*, sobre la congruencia como un factor importante para tratar la enfermedad y solucionarla.

¿Atender? Tomar las medidas pertinentes para solucionar esa enfermedad o solucionar el problema (GD 4_Monserrat).

Lo visible de los diferentes modelos de atención a la salud a través del discurso de las cuidadoras

Hay variaciones en cuanto a lo que atención se refiere. A pesar de que hay una supremacía de la biomedicina tanto en los espacios como en la formas de atención, también hay tintes de otras formas, como las alternativas o las tradicionales siendo parte de la autoatención. Sin embargo, la que en estos casos se lleva a cabo es la atención biomédica. Así lo expresan Verónica y Monserrat, quienes en un primer momento realizaron prácticas de autoatención, y cuando estas no fueron suficientes, acudieron a los espacios biomédicos a los que tenían acceso.

Monserrat: “Tengo seguro social, pues, en el Seguro Social. Sí, ahorita que estoy con el Seguro Popular, pues en el DIF⁴⁴ [CONHIES]”. Javier: “¿La atención nada más se daría en un espacio medico? O ¿dónde más se podría dar la atención?”. Monserrat: “Pues depende, depende la enfermedad o la situación en la que esté, porque, por ejemplo, hay enfermedades que se pueden atender, que emocionalmente la atención como de familia, de estar ahí pendientes. [...] Pero también hay enfermedades que realmente se necesita el apoyo de un médico o de medicamentos, incluso hay enferme...bueno, no sé si sea enfermedad, pero, por ejemplo, un malestar que se puede, que se pueda atacar desde aquí como remedios caseros o remedios naturales, depende de la enfermedad o la condición en la que esté” (GD 4_Monserrat).

⁴⁴ Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF, comúnmente DIF).

Por otro lado, se recurre a espacios que ofrecen medicamentos sin garantía a través de medios de comunicación masiva; en ocasiones, es así como se llega a espacios de atención alternativa o biomédicos en los que se les ofrece medicamentos sin patente amparados por un discurso de inocuidad y “naturaleza” de componentes, sin informar realmente lo que se provee en los medicamentos “reductores” de peso. Este caso se ejemplifica con Marisela; un medicamento de esta índole causó desconfianza en el tratamiento. Así, las cuidadoras y los cuidadores buscan atención, pero la información de los medios de comunicación y de los promotores de medicamentos que prometen bajar el peso sin esfuerzo es preocupante y genera incertidumbre o duda en los que deciden emplear estos tratamientos.

Marisela: “Yo lo llevé a una que da licuados antes de llevarlo aquí al HIES, lo llevé. Está por la (menciona la dirección), algo así, y el niño tomaba unos licuados y unos diuréticos, pero pues no bajó”. Javier: “¿Y eso? ¿Cómo supo usted?”. Marisela: “En la televisión, por medio de la televisión, una pastilla para la ansiedad, pero lo llevé muy poco, porque como las pastillas no tenían nombre, las pastillas me las echaban en una bolsita cristalina, sí y ‘que son naturales’, me decía el doctor, y sí había otros niños, por eso lo llevé, porque había otros niños, y tal vez la primer semana bajó un kilo, y en una semana dije: ‘Ah, pues está bien, lo llevo’. Lo estuve llevando unos dos meses más o menos. Era caro, era caro, y ya dije: ‘Mejor ya no’, porque no me gustaba que no trajera el nombre las pastillas que traía y para saber si eran diurético pero otra cosa... anfetaminas o algo así, que dicen que traen esas cosas para bajar de peso rápido” (GD 8_ Marisela).

En ese orden de ideas, la responsabilidad que como cuidadores tienen sobre la situación de salud de los niños y las niñas con obesidad algunas veces es diferenciada porque son niños y no adultos.

En la obesidad sí te ayudan los médicos, pero lo más importante es cómo tú tratas a la gente, cómo tú la atiendes a la persona; si yo dejo a la niña que vaya y compre Sabritas, que tome soda y que esto y lo otro, no vamos a salir de donde mismo, ¿verdad? Entonces, yo le doy dinero a la niña, le digo: “Ve y cómprate un *yogurcito, hija*”, o: “Cómprate unas galletitas del monito”. ¿Cuáles son las galletitas del monito para ella?, las *quaquers* [sic], las que tienen el sombrerito, las de avena, pues, las de esas... Entonces, por eso te digo, enfermedades que te curan allá, porque sí, a mí me ha ido muy bien, gracias a Dios, en el hospital del niño, con la niña, me ha ido muy bien. Entonces, por eso te digo, es dependiendo, porque la obesidad influye mucho quien atienda a la persona que está obesa, que tengas pendiente de ellos, porque tú sabes que una persona obesa quiere comer, tienes que estar... Máximo si es un niño. Una persona adulta ya entiende, pero un niño no... tienes que tener mucho cuidado con ellos, porque ellos son niños. Aquí que hay tantos niños, si los otros traen unos *quechitos*, ella también quiere unos *quechitos*, pero aquí estoy yo para eso, estoy yo para decirle: “Es que *quechitos* no, hija, porque acuérdate que no debes... porque vas a volver a subir de peso... vas a... Mejor cómete una manzana”. Por eso como dices donde los curan, dependiendo la enfermedad, porque, por ejemplo, de las infecciones de las vías urinarias atienden ahí, *OK*, yo la llevo allá y sigo las indicaciones (GD 2_María).

Invariablemente y a pesar de las críticas a la biomedicina, en las narrativas de las cuidadoras y los cuidadores esta aparece también como una fuente “suficiente” para solucionar problemas de salud.

No estoy informada dónde hay, dónde hay otros lugares. Pero también porque me ha dado resultados en donde voy (GD 4_Monserrat).

Esto último es consistente en las familias, sin embargo, hay que señalar que el contacto inicial fue en CONHIES y esto puede implicar sesgos que nos obligan a matizar el énfasis que se hace hacia el tratamiento biomédico.

Nociones sobre obesidad

Cuando las personas hacen referencia a los objetos sociales, los clasifican, los explican y los evalúan, es porque tienen una representación social de ese objeto. Las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las representaciones sociales sintetizan dichas explicaciones y, en consecuencia, hacen referencia a un tipo específico de conocimiento del sentido común, que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana.

Las nociones que manifiestan las cuidadoras y los cuidadores sobre lo que saben de la obesidad se retroalimenta con los espacios publicitarios, los medios de información y las redes sociales.

Javier: “Antes de hablar de sus hijos, ¿ya sabía usted que era la obesidad?”. Verónica: “Sí, ya”. Javier: “¿Y dónde supo?”. Verónica: “Pues en la tele, en el internet” (GD 7_Verónica).

O a través de los programas sociales que llegan a las comunidades.

Yo estaba en el programa de Oportunidades y cada mes nos dan una plática... nos daban. [...] Una plática ahí en el pueblo, y cada vez que íbamos nos daban una plática diferente, que de la diarrea, que la hipertensión, que la diabetes, que la obesidad, y el doctor nos dio la plática de la obesidad y ahí yo escuché bastante, aparte que yo ya había escuchado, porque yo miro mucho el *nathio graphic* [sic], veía personas así (GD 2_María).

Finalmente, se manifiesta una responsabilidad que señala a la madre como responsable del cuidado de los hijos, reforzando el estereotipo que se tienen sobre el rol de la mujer como cuidadora:

Cuando me decían que: “Ay, a lo mejor tienes que cuidarlo y llevarlo a nutrición con un nutriólogo”. [...] Sí me preocupaba. [...] Y otras personas me decían: “Ay, en el desarrollo va... se le va a quitar”, y así. [...] Sí, pero siempre he escuchado eso de: “¡Ay, tienes que cuidarlo!, ¡tienes que cuidarlo!” (GD 5 _Nuria).

En las entrevistas, se reconoce que el papel de los cuidados en la familia es fundamental; las implicaciones de lo que dicen los otros, que son personas significativas para quienes cuidan a los niños y las niñas, son de diversa índole; en todos los grupos domésticos son una presión en

cuanto a la atención de los menores. Este llamado de familiares o amistades para que se atienda el problema implica el reconocimiento de la obesidad como un problema para la salud de los niños y las niñas o el cuidado de las relaciones sociales que conlleva el estigma asociado.

Nociones sobre causalidad

El reconocimiento de algunas causas de la obesidad en los niños y las niñas por parte de quienes les cuidan comprende, en primer lugar, el de la carencia de actividad física y las malas prácticas de alimentación. Las cuidadoras y los cuidadores, en sus discursos, marcan claramente que en la alimentación se encuentran elementos que pueden desatar la obesidad. Las costumbres alimentarias en las familias se reproducen en las prácticas cotidianas hacia los niños y las niñas como educación no formal.

Toda la familia paterna de él es así, llenita, y pues yo digo que también no le ha favorecido por la mala alimentación que han llevado, por ejemplo, que uno es bien *sodero* y el otro le gusta mucho la tortilla de harina... Son de que comen muchas Sabritas y eso (GD 7_Verónica).

De igual manera, esta reproducción de prácticas se relaciona con cierta “disciplina” para lograr el buen o mal comer de los niños y las niñas. Así, considerar estas reproducciones de prácticas como una falta de disciplina conlleva una responsabilidad. Estas prácticas se relacionan, con horarios, cantidades y selección de alimentos.

La disciplina en la alimentación es eso, no tener las horas adecuadas de alimentación y lo nutritivo de la alimentación (GD 6_Gloria).

No saber cómo alimentarnos; o sea, no tener la conciencia de lo que está bien y lo que está mal en el alimento (GD 4_Monserrat).

La falta de actividad física es otra de las causas que refieren en sus discursos, asociada con actividades lúdicas, tales como ver televisión.

Fátima: “Comer mucho, no hacer ejercicio, ver televisión”. Fátima: “No hacer nada”. Octavio: “No hacer nada, nomás tirado en la cama”. Javier: “OK, entonces, ¿nada más por falta de movimiento sería la obesidad?”. Fátima: “Por el mal comer”. Javier: “Por el mal comer, también”. Fátima: “Yo digo que todo eso. Más que nada el comer”. Octavio: “Yo digo que más que nada la falta de actividad, la neta, la falta de actividad. Si te activas tienes mucho que... si te activas sí puedes estar gordito y puedes tener condición, pues, porque he visto gorditos que tienen condición, pues, pueden correr, y, por ejemplo, yo le puedo jugar carreras a un gordito y a lo mejor el gordito me gana porque tiene condición, pues, y uno que no, uno que no hace nada, pues no tiene condición, aunque esté flaco, aunque estés flaco, y si no haces actividades físicas también puedes estar tieso sin hacer nada” (GD 1_Acosta).

Se observa una gran coincidencia respecto al uso del tiempo y la dedicación que se tiene para compartir con la familia ciertos momentos que propician un ambiente familiar que inhiba el desarrollo de la obesidad. Así lo dejan ver los Acosta al mencionar la cuestión del tiempo por la situación laboral que prevalece; en última instancia, para aprovechar el poco espacio que hay para compartir, acuden a comidas rápidas, cosa que reconocen ha influido en la obesidad de sus hijas.

Octavio: “Mi vida está muy encerrada en mi trabajo. [...] Llegaba a pasar hasta cuatro días y no me veían, pues, ellas, ¿no? Ella sí me veía, porque en la noche que llegaba, le decía: ‘Buenas noches. ¿Cómo has estado? ¿Qué pasó en el día? ¿Cómo les fue? ¿Qué hicieron?’. Pero era todo. Por ejemplo, yo las dejaba dormidas y llegaba en la noche y seguían dormidas, y me iba en la mañana y estaban dormidas, y regresaba en la noche y estaban dormidas y así”.

Fátima: “Y el ratito que trataba de vernos como que...”. Octavio: “‘Vamos a comer’”. Fátima: “‘Les voy a llevar cena’”. Octavio: “Les decía: ‘Voy a llevar cena, espérenme, y no, no cenen’ y la *chingada*, y ya me esperaban todas, entonces, ya llegaba, cenábamos y ahí un ratito convivíamos y ya, pues, ya cenábamos y a dormir”. Javier: “¿Y qué cenaban?”. Octavio: “Pues depende qué ánimos traía. Cenábamos *hot dogs*, hamburguesas, burros percherones, pizza, Sabritas...”. Fátima: “De todo, la verdad. Chocolates, paletas de nieve” (GD 1_Acosta).

Otras situaciones sociales, ejemplificadas por María y Verónica, se relacionan con utilizar el alimento sin límites para satisfacer necesidades emocionales o compensar situaciones familiares dolorosas para los niños y las niñas.

Desesperación de ella, de la niña, de comer y comer, quería más y quería más y no se llenaba y: “Quiero más”, era una ansiedad que tenía por comer, y yo pienso que por los mismos nervios de que cada vez que le hacían estudios, le hacían estudios pesaditos en urología y yo, dijo que eso le daba a ella ansiedad, una ansiedad, ahorita ya no está ansiosa (GD 2_María).

Pues yo digo que fue de repente, pero pues a veces me pongo a pensar, porque su... el papá de ellos está en la *peni* [Cereso 1], yo digo que también a la vez se me *afigura* que también ha de ser por eso... Por ejemplo, el niño más grande, pues... no me estaba trabajando bien en la

escuela, pero... muy serio... muy callado, muy vergonzoso. [...] Y lo llevaba con una psicóloga de allí, de la primaria, a ver... y pues la psicóloga me dijo que no, que el niño no necesitaba ayuda para aprender, que lo que traía era un problema familiar, pero ya no lo trató la psicóloga esa, ya ahora que están de vacaciones... Y digo, a lo mejor en parte por eso, no sé (GD 7_Verónica).

Es importante reconocer que con base en lo que ha ocurrido en los últimos años, los cambios estructurales en los sistemas de productividad, la rapidez de la vida, el menor tiempo en la preparación de alimentos, las distancias de una urbanización creciente, la movilidad en transporte público y las formas de interactuar y divertirse de los niños y las niñas, el clima de inseguridad que se relaciona con menos vida social al aire libre, han sido algunos de los procesos que facilitan un estilo de vida sedentario de la población en general y de los niños y las niñas en particular.

Nociones sobre identificación. Signos y síntomas

A través de las entrevistas fue claro que las cuidadoras y los cuidadores no percibían a la obesidad como una situación de salud adversa, aunque sí es una situación que les preocupa debido a enfermedades que pueden vincularse con ella, como la diabetes.

Verónica: “Pues es que por lo regular uno ve una persona llena y: ‘Ah, esa ya tiene obesidad’. Aunque pues son... puede ser así, pero pues...”. Javier: “Entonces, ¿la obesidad nada más se vería sólo por la cuestión del cuerpo?”. Verónica: “Pues, según yo, sí, ¿no? [...] No sé si esté siendo ignorante. [...] Cuando uno tiene diabetes, uno dice: ‘Ah, el gordo, y ya tiene diabetes’.

No, es cierto, porque hay personas delgadas que tienen diabetes. Por ejemplo, yo veo una persona gorda y digo que tiene obesidad porque es por sobrepeso” (GD 7_Verónica).

La obesidad se relaciona con otras enfermedades, pero no necesariamente se ve como una enfermedad en sí. La noción más compartida es la que la define como una condición que puede llevar a otras enfermedades y no como una enfermedad en sí misma. Esta asociación puede ser directa, como en la cita anterior, en la que se señala la gordura como una forma de asegurar que ya se tiene diabetes, pero no necesariamente se hacen matices entre obesidad y sobrepeso o su identificación como enfermedad. Asimismo, los estereotipos en cuanto a la imagen del cuerpo recomponen las representaciones que se tiene sobre la obesidad.

En otro sentido, la autopercepción es otra noción para saber que se tiene obesidad.

María: “Yo ya estoy obesa”. Javier: “¿Por qué?”. María: “Porque, mírame, o sea, desde el punto en que pasas de tu peso normal, de tu peso, debe de estar con tu estatura, y ya empiezas a tener un grado...y sabes que hay diferentes grados, y ya empiezas, hasta llegar a lo máximo, y tú sabes, de empezar, y hasta que vienen a un grado fuerte de obesidad, y siempre me he fijado mucho, pues, me he fijado mucho en las personas, en cómo están, que están muy gordas, la familia de mi esposo, toda es muy *gordota*, no gorda, *gordota*, de 130, 135; de hecho, mi esposo pesa 114 kilos” (GD 2_María).

Y aunque la percepción es una referencia para determinar si tiene o no obesidad, en el discurso también aparece la medicalización como elemento que les ha enseñado a conocer cómo diagnosticar la obesidad, a través de las mediciones de la cintura o el uso de tablas.

Monserrat: “Obesa es una persona demasiada gordita, que a simple vista tú ves y dices: ‘¡No, pues ya es obesa!’. Pero no, hay una tabla, yo no sabía que había una tabla que te indica cuándo eres obesa y cuándo... Hay niveles de obesidad. Creo que es obesa grado uno, no recuerdo muy bien, pero sí tiene, pero ella estaba en el límite entre peso normal y obesa, pero sí pasaba la obesidad... Sí sabía yo que no tenía, no estaba delgada ni de buen peso para su edad, pero tampoco se me hacía que estaba mal, ¿por qué? Porque no la miraba muy gorda, pues, o sea, muy gordita, no la miraba, la miraba pasadita de peso... pero sí, sí me enseñó la doctora que estaba obesa”. Javier: “Entonces, ¿usted cómo podría en casa detectar que una persona presenta obesidad?”. Monserrat: “Yo, en mi casa, puedo saber que tal persona de mi familia tiene obesidad por el diámetro de la cintura, no recuerdo ahorita bien cuánto es el diámetro, creo que son sesenta, no recuerdo muy bien, ya con eso, para mí, a simple vista, digo: ‘¡No, pues está obesa!’. O no, pero también tengo que aclarar de que hay personas muy delgadas pero con una pancita que sobresale, también necesitaría el peso y dividirlo en no sé por masa corporal para saber si está o no está obesa” (GD 4_Monserrat).

Lo que saben las cuidadoras y los cuidadores sobre la salud, la enfermedad y la atención tiene influencia biomédica debido a la forma de atención que han recibido sus hijos en CONHIES. En cuanto a salud, además de física o biológica, incluyen la mental y la espiritual. Se refieren a la enfermedad como una condición incapacitante o que genera desigualdades entre las personas.

También tienen presente la noción de responsabilidad como un elemento primordial cuando hablan sobre atención.

Nociones de diagnóstico

La importancia de un diagnóstico médico para las cuidadoras y los cuidadores tiene que ver con la confianza que tienen en esta forma de atención. Si bien un diagnóstico es un “proceso que define pacientes y clasifica su enfermedad, que identifica su probable destino o pronóstico y que nos induce a tratamientos específicos con la confianza de que serán más beneficiosos que perjudiciales” (Sacket et al 1994 en Mézquita 2006), para las cuidadoras y los cuidadores tiene que ver más con una cuestión preventiva que va a *aliviar* la situación que presentan sus hijos.

Yo dije: “Bueno, si lo están enviando aquí es por algo, pues por lo... pues por su salud”, ¿no?, que lo requiere. [...] Me gustó mucho el... cómo, pues, lo recibieron y todo, cómo lo empezaron a revisar. Me sorprendió mucho algo y yo... algo que aprendí ahí, que me llamó la atención en la primera consulta fue que le revisaron el... lo que es el cuello y de este... y oía que... o sea, veía al doctor que le decía a la muchacha: “¡Chécale bien!”. Y yo me quedé, o sea, “¿de qué se trata?”. Y bueno, ya después, entendí que era por salud, ¿no? [...] Sentí como que llegamos a tiempo, no sé, a la consulta, y, pues, me gustó, o sea, pues el proceso (GD 5_Nuria).

Las cuidadoras y los cuidadores comparten que es complicado llevar a cabo una alimentación adecuada, pues aunque se les ha explicado la situación, a veces, dicen, *no ponen de su parte* en cuanto a la atención.

Pues me preocupó mucho, me preocupa mucho, pues... Y por más que trato de hablar con ellos, de explicarles, de decirles “no”, pues no... Igual yo también no he sido bien, por ejemplo, ya también yo les he seguido dando cosas que no les debo de dar, pero pues igual, pues, también... yo no les he...puesto mucho de mi parte, no les he insistido pues... no les he insistido mucho (GD 7_Verónica).

Por otro lado, también es importante minimizar la obesidad ante otra condición de salud, como la diabetes. Los grupos domésticos categorizan las situaciones de enfermedad según la gravedad de las mismas, idea que probablemente se ha construido a través del discurso de otros y que contribuye a una representación social más global sobre las enfermedades y sus consecuencias, por ejemplo, cuando se da el diagnóstico de obesidad, si el que presenta esta condición no pesa tanto como si hubiese sido diagnosticado con diabetes, la situación es menos preocupante.

Ni fue algo alarmante, ¿por qué? Porque nosotros la mirábamos... incluso me decían: “¿Obesa?”. Así como que no se les *afiguraba* [sic] que era obesidad, pero lo que sí nos alar... no... nos preocupó era de que el médico, como ella tiene el cuello negro, nos dijo que podría haber sido diabetes o la falta de insulina, eso sí es lo que nos alertó, eso sí nos mortificó, lo que sí nos traía preocupados en...en un momento, hasta que se hicieron los estudios, fue eso, lo que le puedo decir, más complicado, más, ¿cómo le explico?, lo que sí nos mortificó. Pero en sí el diagnóstico de obesidad para nada, porque sabíamos que no era una obesidad muy avanzada, era una obesidad leve (GD 4_Monserrat).

Mencionan no tener un conocimiento claro del diagnóstico médico que les fue dado, pues refieren que en la consulta les dan algunas concreciones pero no son muy entendibles.

Se puso la muchacha, la que le ayuda, que esto, pues ya ve que uno no le entiende qué signifique todo eso, ellos lo leen y el doctor ahí va apuntando, ella leía y el doctor apuntando. Y no, nunca me dijo: “¿Sabe qué, señora? Su hija, mire, esto, trae algo, esto, esto”, nunca me dijo a mí, ya sino que ya al final yo le pregunté: “Doctor, ¿trae algo la niña? ¿Cómo salió el resultado?”. “Ah, sí”, me dijo, “trae la insulina alta”, dijo. “¿Y a qué se debe?”, le pregunté yo, o sea, “¿qué le perjudica eso? ¿Qué consecuencia va a tener?”. Y ya me explicó: “La insulina es lo que maneja el páncreas”, o algo así, entonces, el páncreas, dice de tener alto y bajo, se produce el diabetes, entonces *orita* estamos a tiempo con la niña, dice que está elevado, “no está tanto pero tenemos que controlarle eso”, y ya, fue todo, ya no me dijo por qué (GD 1_Fátima).

Por otro lado, hay discursos en los que se aprecia cierta etiquetación de la situación de salud que presentan, por ejemplo, Karla y Eloísa, a quienes se les diagnosticó obesidad asociada con otras situaciones de enfermedad, como la diabetes, y utilizando ciertas palabras que tienen alguna carga negativa para las cuidadoras y los cuidadores .

Pues me da el diagnóstico de obesidad y, obesidad y depresión, depresión también. Del azúcar, prediabética (GD 3_Mónica).

Estando en enfermería, en pediatría en el DIF [CONHIES], la doctora que la vio, la pesó y me dijo: “Está sobre... está obesa”, ahí me sale que está obesa; si usted la miraba al principio, tú decías: “Sí era gordita”, pero no, no con la palabra obesa (GD 4_Monserrat).

Lo que parece ser un estigma respecto a la obesidad es recurrente, pues también se involucran emociones que van desde la percepción de verlos como *gorditos* hasta ser *obesos*. No obstante, para las cuidadoras y los cuidadores no representa mayor obstáculo hablar sobre la situación que presentan sus hijos, inclusive para ellas representa una situación de oportunidad para plantear estrategias de alivio ante la situación que prevalece.

No son los únicos ni los primeros, porque hay muchos niños... o, por ejemplo, que ando en una parte: “Ay, qué gorditos están tus niños”, me dicen, pero pues no... yo, por ejemplo, hablo mucho con los niños, o sea, “no se trata de que adelgacen y que se pongan flaquitos, flaquitos, o sea, pueden estar llenitos, pero saludables”, es lo que les digo (GD 7_Verónica).

No me molesta, porque platico con otras compañeras y agarramos ideas, ¿cómo puedo decir?, para ayudarnos, pues. [...] Consejos, esa es la palabra correcta, porque el niño de mi compañera, de mi amiga, ese niño, para mi ver, sí tiene problema, porque él debajo de su cama esconde la comida y mi hijo nunca ha hecho eso, porque va al refrigerador y saca yogur, jugos. Porque ella me ha platicado, ¿no?, y dice: “Fíjate, amiga, que al andar haciendo la limpieza saqué debajo de la cama tres, cuatro jugos o yogur, ya echados a perder”, donde el niño va rápido y agarra antes de que lo vea la mamá y los mete y pues es ahí donde le damos consejos, y a veces los llevamos juntos a natación o algo así, y otra señora: “No, pues hazle la alimentación”, porque ni le gusta al niño la verdura. Me aconseja que le dé mucho tomate:

“Ah, bueno, pues hazlo en salsa, licúalo y échalo, y eso sí lo va a comer”. A mí me gusta y compartir y pues nos damos ideas y los problemas y todo (GD 8_Marisela).

Para los niños y las niñas, atenderse en el espacio médico representa una situación de tensión emocional, como explica Fátima en su discurso, donde señala que Susana tiene cierto temor de ir a la consulta, pues piensa que será regañada si su peso aumenta.

Pues a ella [Susana] sí la veo muy tensa porque como que está preocupada de que si sí subió de peso y la va a regañar, o si como la vea la vaya a regañar. Está tensa, a que sí, eso sí, yo la he notado que está preocupada de qué le va a decir el doctor (GD 1_ Fátima).

Kristian: “Cuando estábamos afuera le decía a... le decía a mi mamá... mi mamá me decía: ‘Por cua... por cada kilo que bajas (Nuria ríe), si bajas hoy te voy a dar cincuenta pesos’”. Javier: “¿Por cada kilo?”. Kristian: “Ajá. Y luego cien. Y luego: ‘¿Y si no bajo nada?’. ‘Pues nada’. ‘¿Y si los dos no bajamos?’” (ríen). Nuria: “No, pero sí, así pues estás con la incógnita, ¿no? Por ejemplo, el primer mes, después de habernos abstenido, porque fue todo el mes, estábamos de que: ‘¿Cuánto? ¿Cuánto bajamos?’”. Javier: “¿Sí hay como cierta tensión ahí?”. Kristian: “Sí”. Javier: “Y, por ejemplo, ¿si no hubiesen bajado? ¿O bajaron este mes?”. Kristian: “Pues ¡qué decepción!” (GD 5_Kirov).

Para Eloísa y Karla, ir a CONHIES genera gusto. Monserrat y Mónica refieren que sus hijas están atentas a las citas para las consultas y las pláticas; algunas veces, a ellas, como cuidadoras, se les olvidan las fechas.

Me recuerda: “Mamá, acuérdate que mañana me toca la cita”. [...] Ella me ha comentado que ella se ha sentido a gusto, que ella quisiera estar todos los días ya platicando con la psicóloga, con la psiquiatra, con el nutriólogo, que ella se siente muy a gusto (GD 3_Mónica).

A ella le encanta el día que va a la clínica. [...] Usted se dio cuenta que vivo muy lejos. [...] Sí me da flojera, pero nunca digo: “No, no voy a ir para las pláticas”. [...] Incluso, la última: “¿Si no vamos?”, le digo. “¡No, tenemos que ir!”. [...] También yo digo: “Es cierto, tenemos que ir”. Pero para las pláticas sí me da mucha flojera, por cuestión del... más ahora que van a subir 10 pesos, ya son 80 pesos lo que voy a gastar en camión (GD 4_Monserrat).

En relación con las prácticas sociales de alimentación, saber que hay un diagnóstico de obesidad repercute en el GD: se disminuye o elimina el consumo de ciertos alimentos.

Nuria: Sí nos han ayudado porque, recuerdo que ese día que llegamos, los dos sorprendidos, ¿no? De que llegamos de la cita del nutriólogo: ‘No más tortillas, no más soda’. Con eso empezamos. [...] Hay una señora que venía a venderme tortillas; ése día que vino, le dije: ‘¿Sabes qué? Es el último paquete que te compro, son las últimas tortillas porque, mira...’, y ya, le dije. Y ha sido muy respetuosa, jamás volvió. Sí, pues desde ahí empezamos con eso, y sí, a pesar de que a mi esposo le fascinan las tortillas, los frijoles”. Javier: “¿Y eso ha causado pues conflictos?”. Nuria: “No... No, para nada... No, no... Saben que no hay tortillas pues... comen con pan o con, no sé...” (GD 5_Nuria).

No obstante, estos límites, eventualmente, generan distintos tipos de conflictos.

Nuria: “Sí fue con toda mi familia así como una revolución, de que: ‘¡Ay! Ándale, tú no puedes comer eso, acuérdate que... que los va a pesar el nutriólogo’, y así, ¿no? [...] Sabemos que tenemos que cuidarnos. [...] Por ejemplo, el domingo ¿les compramos pizzas?”. Kristian: “Sí, dos nos comimos”. Nuria: “Pues así como: ‘¡Ay!, pues ni modo, si él no puede, pues nadie’. [...] Con Axel, con el más grande, de que él: ‘¡Ah, mamá! Si yo sí quiero’. [...] Me preocupa que me diga. [...] ‘Si a mí no me va a pasar nada’, y que ‘si me como esto y que si...’. Pues así, según él. Pues sí es poquito incómodo, pero ahí lo hemos ido superando” (GD 5_Kirov).

En el GD de los Jiménez León es constante la comunicación asertiva que tienen como miembros. Marisela menciona que la restricción de ciertos alimentos va acompañada del consejo de la nutrióloga, pero cuando Damián está presente, se plantean estrategias para su cuidado.

Platicamos con él, junto con la, con la nutrióloga, dice, viene los alimentos prohibidos, las galletas y las Sabritas y le digo: “No es que te los estemos quitando, que ya no los vayas a comer de lo que te reste de vida, no, Damián”. Le dice: “Lo que tú vas a comer es un día a la semana, tú vas a decidir qué día lo vas a comer”, y sí lo entendió. El niño dijo, “Mamá, ya es fulano día, ¿puedo comer galletas?”, “sí, sí puedes”. Y él a veces compraba... trae muchísimas galletas en el paquete, como ocho, diez y él se comía dos un día, pasaban unos días y otras dos. “Bueno”, dije, “tal vez ya esté bien así”, y como ya está, grande ya está creciendo y aprendiendo mejor (GD 8_Marisela).

Mónica, asimismo, menciona tener estrategias para que su hija, Karla, evite caer en tentaciones.

Debe de ser uno fuerte. [...] Me compré un coctel de elote. [...] Yo le dije: “No, corazón”, le dije yo, “tú no comas de eso”. [...] Pero sí es muy *tentadoso*. [...] “Ay, no, Dios mío”, le digo, “no hay que pecar, no hay que pecar” (GD 3_Mónica).

Montserrat, como otra estrategia, menciona sentirse mal al restringir los alimentos que a Eloísa le gustan, sin embargo, hace todo para apoyarla, toma parte del tratamiento en el que se encuentra su hija.

En febrero cumplió años mi sobrina, y pidió hamburguesas. Lo que le bajamos en la hamburguesa fue en las papas, en las papas fritas, mucho le bajé, le di unas cuantas papas. Sí se molestó, sí dijo: “¿Por qué ellos sí y yo no?”. Y ya le expliqué: “Porque ellos están ahorita... no están en dieta y tú sí, y, aparte, este, no necesitas más”. Yo le hice la hamburguesa esa vez, le es... la limpié toda la grasa al sartén, la puse mucho tiempo para que le saliera toda la grasa que le pudiera haber salido y ya se la comió (GD 4_Monserrat).

Me siento a veces mal, pues siento como que a lo mejor ella piensa que “no me quieren dar más”, pero no, o sea, también digo: “¡No, es por su bien!”. Ella sabe que está en tratamiento, en dieta, pero sí, en momentos sí me siento mal, incluso cuando le digo: “Yo voy a comer lo mismo que tú”, me sirvo igual la soda; porque esa es otra, no puedo quitar la soda; me sirvo igual la soda, me sirvo igual, este... la comida, todo igual, y ella se da cuenta que comemos igual. [...] Porque yo también llevo y me pesan, a mí también me llevan en control (GD 4_Monserrat).

Capítulo X. Conclusiones y comentarios finales

Desde la cotidianidad de quienes cuidan de los niños y niñas que tienen un diagnóstico de obesidad es posible reconocer su importancia de la atención a una situación de salud compleja como la obesidad.

El estudio no se planteó observar las prácticas de alimentación y la actividad física; se basa sólo en lo que dicen hacer los participantes, donde aparecen como prácticas representadas, y permite reconocer cómo lo entienden y explican en relación con la rutina del hogar y en relación con la clínica de obesidad de HIES.

Las dinámicas de atención en el hogar

Las personas que cuidan a los niños y las niñas en los hogares hicieron mayor énfasis en la importancia de la alimentación, mucho más que en la actividad física.

El alimento adquiere importancia en los discursos de las cuidadoras y los cuidadores como una práctica que tiene múltiples significados sociales, de aceptación, de celebración, de disfrute, y casi siempre se relaciona con bebidas y comidas azucaradas y grasosas. En lo cotidiano, hay presencia constante de alimentos chatarra en la dieta de los niños y las niñas, lo que reafirma parte del comportamiento alimentario que tienen los sonorenses, tema estudiado en Hermosillo por Meléndez, Cañez y Frías, quienes señalan que

estamos ante una nueva forma de comer y de relacionarse con la comida. La importancia de los alimentos llenadores y rendidores es cada vez mayor, y se tiene la preferencia hacia una

cocina práctica y rápida con base en productos preelaborados o ya listos para consumirse, lo que además se vuelve algo más atractivo si se piensa en las altas temperaturas de verano de la ciudad de Hermosillo. Y junto a ello, la existencia y disponibilidad de una extensa oferta alimentaria, con opciones para una gran diversidad de ingresos, de gustos y de disponibilidad de tiempos para comer y/o preparar (2010, 1143).

También durante la descripción de las prácticas sociales de atención a la obesidad, en cuanto a la actividad física, en las entrevistas se aprecia que al igual que la comida, es una responsabilidad que asumen medianamente las mujeres en el hogar, las cuidadoras. En general, el trabajo de los padres es un eje estructurador, con variedad de formas y tiempos, que organiza las relaciones en otros ámbitos familiares, el cuidado de los hijos, las rutinas cotidianas.

La vida rápida de las ciudades se suma a una apreciación por los productos preparados, y esto, a cuidados por parte de familiares que tienen doble papel en la vida de los niños y las niñas; por ejemplo, abuelas y tíos que realizan labores paternas y maternas mientras los padres de los niños y las niñas con obesidad trabajan. Esto coincide con lo que documentaron Meléndez, Cañez y Frías (2010), quienes remarcan que “en muchas familias de nuestra sociedad, el trabajo y el tiempo dedicado a él se ha convertido en la prioridad, en el eje cotidiano de la vida familiar”. Así ejemplo de ello lo mencionó Nuria del grupo de los Kirov, que refiere que trataron de comenzar con una rutina de caminar por las tardes, sin embargo, ya no se llevó a cabo debido a que su esposo salía tarde del trabajo y eso limitaba una salida familiar, como en un principio lo habían planteado, pues se retrasaban las demás actividades del hogar, como alistar las cosas del día siguiente o bañarse.

El sedentarismo es parte de esta rutina establecida y una práctica común en los grupos domésticos, las actividades físicas que refieren no incluyen esfuerzos físicos vigorosos y más bien predominan actividades que implican poco gasto de energía. Estas prácticas se han mantenido por diversas cuestiones, lo que permite visibilizar que es una práctica con un arraigo fuerte y complejo de mermar. Por otro lado se encuentran grupos domésticos en los que es preciso resaltar que antes de que acudieran al servicio médico y obtuvieran el diagnóstico médico de obesidad, ya realizaban diversas actividades que involucraban movimiento y, por ende, una mejora en cuanto a la condición de obesidad que presentan los niños y las niñas.

Por otro lado es importante señalar que, al menos en los casos que participaron en este estudio, el llegar a la CONHIES no fue una prioridad que como cuidadoras y cuidadores tuvieran, sino que acudieron al HIES -por referencia de otros espacios médicos como puede ser los centros de salud u alguna otra institución médica, o por la misma referencia dentro del HIES al entrar al área de pediatría- debido a otra situación de salud que prevalecía en los niños y niñas, lo que puede indicar las prioridades de atención de los y las cuidadoras.

Sin embargo las cuidadoras y los cuidadores consideran que las recomendaciones recibidas en CONHIES son efectivas para el tratamiento de los niños y las niñas. Reflejan en sus discursos, por un lado, las nociones que ellos tenían antes de la atención y cómo cambiaron después. En ese orden de ideas y de acuerdo con Chakrabarti y Abbott (2011) quienes concluyen en su estudio diciendo que las madres fueron en general conscientes de los mensajes generales de promoción de la salud acerca de la dieta y el ejercicio, pero muchas tendían a subestimar el

estado de peso de sus hijos, en este estudio se reafirma que a pesar de que sus hijos e hijas tengan diagnóstico de obesidad, los cuidadores y las cuidadoras siguen sin considerar a la obesidad un problema de salud en comparación de enfermedades como la diabetes.

Otro hallazgo importante fue en relación con las dinámicas en la vivencia diaria, el poner límites a las cantidades y tipos de comida implica prácticas de crianza que van desde el castigo hasta la recompensa. Se encuentran dinámicas familiares que enfocan el cambio en el niño y la niña, así como otras donde el GD intenta obtener un aprendizaje colectivo y acompañar a quien tiene la condición de obesidad. Las nociones sobre crianza son un eje importante a analizar con mayor profundidad en estudios posteriores, tanto en el ámbito doméstico como en los espacios de atención biomédica. Así también la medicalización de la obesidad muestra un juicio o señalamiento de lo que “deber ser”, lo permitido y lo negado, con el fin de contrarrestar la situación de obesidad. En las familias, esto se vincula con la forma de establecer límites en múltiples sentidos, la forma de hacerlo, el significado de lo que implican en sus relaciones familiares, la posibilidad o imposibilidad de supervisión y consistencia.

Roo-Prato, Hamui-Sutton y Fernández-Ortega (2016, 58) documentaron que “el papel de las abuelas en la educación y crianza de los nietos ha sido un factor fundamental en la transmisión de valores, principios y costumbres para los miembros de las familias mexicanas”, por lo que generan nuevas tendencias en cuanto a los conflictos de autoridad, el rol de la madre o el padre en la crianza del hijo y la situación de los límites difusos en cuanto a la educación de los nietos.

La participación del niño en el proceso de atención

La participación de los niñas en su propio cuidado es mínima; la responsabilidad se centra en los adultos, que se consideran supervisores y cuidadores, y aunque es reconocible que están llevando a cabo estrategias para que sus hijos participen de manera más activa, aún se muestran dependientes de los adultos y quedan excluidos de actividades propias de adultos, como elegir los alimentos y cocinar.

De igual manera, si bien la consulta médica se centra en los niños y las niñas, el personal de salud se refiere por lo general al cuidador y se le pide dar fe de lo que responden los niños y las niñas, lo que les otorga un papel de verificación y juicio de lo que es cierto y lo que no lo es.

Es importante encontrar formas de involucrarlos y considerarlos sujetos activos y con miras de alcanzar una participación plena y no sólo bajo la supervisión de las cuidadoras y los cuidadores. Generalmente se les juzga y presiona, pero poco se les considera como capaces de participar y decidir.

El género y el proceso de atención a los niños y las niñas con obesidad

En un principio se propuso como objetivo hacer visibles desigualdades en cuanto a la atención de niños y niñas, sin embargo, en las narrativas no se aprecia que el género del niño con obesidad afecte al desarrollo de la atención. Las diferencias encontradas se relacionan más con el género de las cuidadoras y los cuidadores; relacionan a la mujer con el hogar y al hombre con el trabajo. Por esta razón, el cuidado de los niños y las niñas recae generalmente en las mujeres, en la

madre; además de las tareas domésticas y, en algunos caso, un empleo remunerado. En seis de los ocho grupos, la madre está al frente del cuidado del niño con obesidad, tanto en el hogar como en la consulta en CONHIES.

Para describir y analizar las desigualdades de género que se expresaron en las narrativas de las cuidadoras y los cuidadores y documentar de qué manera impactaba en las experiencias de los niños y las niñas en el proceso de atención, hizo falta profundizar más en la relación con las familias. Lo encontrado en este primer contacto es que las familias no hicieron diferencias.

En algunos de los casos la presencia del padre del niño con obesidad fue pasiva, dado que

los cambios son también lentos en las actitudes de los padres varones hacia el cuidado de los/las hijos/as. Por un lado, en términos comparativos, hoy día los padres se involucran mucho más en la vida de sus hijos/as que sus propios padres. Y si bien se conoce muy poco sobre cómo exactamente se involucran en términos de tiempos y actividades, aunque hay algunos indicios de que los padres estarían privilegiando formas de cuidado relacionadas con las actividades escolares y transmisión de conocimientos, más que las relacionadas con el cuidado físico de niños y niñas (Esquivel et al 2012, 78).

Para buscar las diferencias de atención según el género, sería imprescindible dar seguimiento a estudios que generaran la información para demostrar que existen como tal esas desigualdades. Para Rocha (2009), es en la infancia cuando se integran los aprendizajes que el niño conoce sobre su cuidador primario, quien lo moldea mediante su crecimiento.

Gracia (1996, 30) escribe que la cuestión de la alimentación corresponde a una especie de “transmisión natural” de los trabajos domésticos de las mujeres y su “rol natural” del cuidado de los miembros del GD; en ese sentido, “la alimentación cumple funciones fisiológicas esenciales para la supervivencia humana, es uno de los principales procesos que permite la subsistencia física y condiciona la salud. Alimentar es nutrir, es cuidar, es reproducir”, por lo que las mujeres, dice, son “quienes acaban cuidando y reproduciendo a los miembros de grupo doméstico durante el resto de su ciclo vital”.

Las nociones de salud, enfermedad y atención

Las cuidadoras y los cuidadores vinculan la salud con el cuerpo como un elemento, un objeto o lugar en donde se encuentra la situación de la obesidad, y que se representa de forma visible; a partir de la visión del cuerpo es que ellos pueden identificarla y a ella se asocian nociones de salud o enfermedad. Los resultados documentan lo que otros estudios señalan respecto a que el cuerpo es una estructura simbólica que se construye a través de la experiencia y se vincula con elementos socioculturales (Pérez-Gil et al 2011).

Con base en el análisis de las narrativas de quienes cuidan a los niños y las niñas, se concluye que esas representaciones de la obesidad de las cuidadoras y los cuidadores entrevistados tienen una visión medicalizada del problema y con ella argumentan sus prácticas.

De acuerdo con López (2014), hay una necesidad de reforzar la intervención respecto a la actividad física y la reducción del sedentarismo con las cuidadoras y los cuidadores de los niños

que acuden a este espacio médico. La importancia de realizar la actividad física está en prevenir las situaciones de enfermedades físicas y psicológicas que se generan a través de los “malos” hábitos alimenticios y del daño que provocan los síntomas de la obesidad en algunas personas (OMS 2014a). De igual manera, la reducción de actividades sedentarias, como la cantidad de horas pasadas frente al televisor, minimiza el consumo de alimentos con alto contenido calórico (Richmond et al 2010).

La situación que prevalece en los niños y las niñas con obesidad y su atención es compleja, y los esfuerzos para establecer acciones para optimizar resultados y reducir los costos de atención de salud son esenciales, no sólo desde la política pública, sino desde los grupos domésticos quienes, día tras día atienden esta situación de salud.

Vergara et al (2015, 63) afirman que “ser sujeto niño o niña, al mismo tiempo que ser investigadores, en definitiva, es ser parte de una sociedad, reproduciendo modelos hegemónicos, respondiendo críticamente a las imposiciones arbitrarias, contradiciéndose frente a los aspectos altamente complejos que las sociedades contemporáneas nos imponen”.

Casi para finalizar es importante que en los próximos estudios que sobre cuidadores y cuidadoras de niños y niñas con obesidad se realicen se involucre a todos los miembros del GD; si bien una gran parte de la responsabilidad cae en la cuidadora primaria, que en esta investigación resultaron ser mayoritariamente las madres, debido por las “prescripciones” de género, cada uno de los miembros y los enlaces que tiene la y el sujeto condicionado por la obesidad debe ser explorado, con el fin de saber en qué medida afecta o beneficia al proceso de

atención. Además, la obesidad es una situación de riesgo de salud constante para todos los miembros de la familia, aunque este estado puede manifestarse en distintos momentos para cada uno. Por esto, al estudiar a todos los miembros de la familia pueden comprenderse mejor el fenómeno y acercarse a mejorar los resultados de salud.

Abordar la situación de la obesidad desde la epidemiología sociocultural, teóricamente, permite embonar elementos sociales, culturales, políticos, económicos, biológicos, que se presentan dentro de situaciones complejas como la obesidad. Estas áreas se entrelazan y deben ser estudiadas integralmente para visualizar cómo cada una de ellas se relaciona e incide en el desarrollo de las situaciones adversas de salud.

Reitero la necesidad de hacer las futuras investigaciones en cuanto a situaciones de salud crónico-degenerativas como es el caso de la obesidad desde este enfoque, pues permea las aristas que se entrecruzan en una situación compleja donde hay varios actores, varias causales y una diversidad en sus consecuencias.

Recomendaciones

Dado que este es un estudio cualitativo, abre las puertas a futuras investigaciones que elijan esta metodología, que permite acercarse a los sujetos sociales y conocer su punto de vista; esto es de gran apoyo para las estrategias de acción y evaluaciones de los espacios médicos para mejorar los servicios que brindan.

Es necesario que los profesionales de la salud consideren y sean conscientes de la importancia que tienen los elementos socioculturales, tales como creencias, percepciones,

ideologías, que se tienen sobre la alimentación y, a su vez, sobre las personas con obesidad, para hacer ajustes en los señalamientos educativos que han naturalizado con base en la formación médica que han recibido; deben considerar los sistemas de creencia y cultura de las personas en quienes se pretende llevar a cabo la atención.

En ese sentido fue importante llevar a cabo parte de la investigación en el espacio médico, no sólo para conocer su funcionamiento y las acciones que se llevan a cabo para dar atención, sino también para reconocer la necesidad de formalizar el espacio donde se encuentra CONHIES, pues, aunque en el discurso de las cuidadoras y los cuidadores esta clínica representan un espacio eficaz, dentro de la estructura de HIES no cuenta con un espacio propio y que pueda servir de vínculo hacia otros espacios.

Los recursos con los que cuenta CONHIES son limitados en cuanto a tiempo, insumos económicos, materiales y personal. Para que este espacio siga llevando a cabo su labor, debe ser reforzado para que el servicio se sostenga y amplíe. Asimismo, es necesaria una vinculación con otros sectores, como el educativo y organizaciones de sociedad civil, para replicar las acciones que se están llevando a cabo en esta clínica. Así, podrían referirse algunos casos a otros espacios, y conservar en CONHIES sólo los que presenten mayor gravedad.

La formación de equipos multidisciplinarios es una opción que permite dar frente, más no respuesta por el momento, a situaciones de salud tan complejas como los niños y niñas con obesidad. La adición de profesionales de antropología, sociología, nutrición, medicina, enfermería y trabajo social contribuiría, primero, a entender con mayor facilidad la causa de la

obesidad, y, posteriormente, a la consecución de las recomendaciones para coadyuvar al mejoramiento del estado de salud de las personas de cualquier edad con diagnóstico de obesidad.

Las acciones emprendidas para abordar el cuidado del niño con obesidad, en muchos sentidos, son complicadas para los que lo rodean; por ende, las acciones que engloban a los actores principales, como personal médico, familia y sociedad, deben reforzarse para hacer más efectivos los programas diseñados para mejorar esta situación de salud.

Finalmente, dado que se trata de niños y niñas con diagnóstico de obesidad, es pertinente continuar y profundizar la discusión respecto a con qué abordaje se concibe a la niñez: si se mantiene un abordaje tutelar y de minoridad, que los concibe como seres vulnerables e incapaces; o bien, un abordaje de derechos con un sentido comunitario, que tiende a considerarles como sujetos con capacidades de tomar decisiones y adquirir compromisos en torno a su salud y a la de su entorno.

Es preciso recordar que será sólo la prevención de la obesidad lo que procurará la mejora de la salud del GD, lo que provee un importante logro en la consecución de los objetivos de la salud pública.

Referencias documentales

- Abric, Jean-Claude. 2001. Prácticas sociales y representaciones. Disponible en: http://dateca.unad.edu.co/contenidos/403019/Entorno_de_Conocimiento/Lecturas_Complementarias/Abric_JC_Practicas_Sociales_y_Representaciones.pdf
- Achor, María Soledad, Néstor Benítez, Evangelina Brac, y Silvia Barslund. 2007. Obesidad Infantil. *Revista de Posgrado de La Vía Cátedra de Medicina*. 168: 34–38.
- Aguirre, Juan Pablo. 2012. “El reto de la obesidad infantil en México.” Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados.
- Alcántara Yocelin. 2014. “A todo se acostumbra uno, menos a no comer...azúcar: prácticas de alimentación ante la diabetes en grupos domésticos triquis, inmigrantes en Sonora.” Tesis de Maestría en Ciencias Sociales, Hermosillo, Sonora.: El Colegio de Sonora.
- Alianza por la salud alimentaria. *Presentan Convención Marco contra chatarra similar a la del tabaco en Asamblea Mundial de la Salud*. Alianza por la salud 2014. (Mayo 19, 2014). Disponible en: <http://alianzasalud.org.mx/2014/05/presentan-convencion-marco-contra-chatarra-similar-a-la-del-tabaco-en-asamblea-mundial-de-la-salud/>
- Aranceta, J., C. Pérez-Rodrigo, L. Ribas, y Ll Serra-Majem. 2003. Sociodemographic and lifestyle determinants of food patterns in Spanish children and adolescents: The enKid Study. *European Journal of Clinical Nutrition* 57 (1): 40–44.
- Aranda Gallegos, Patricia. 2010. Los motivos de la “desidia” Estudio sociocultural de los saberes legos sobre el papanicolaou y el cáncer cervicouterino. El Colegio de Sonora, Hermosillo Sonora.
- Araya Umaña, Sandra. 2002. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Sede Costa Rica.
- Barceló Acosta, Malicela y Gerardo Borroto Díaz. Estilo de vida: Factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. *Rev Cubana Invest Biomed* 20(4): 287-295.
- Barragán Hernández, Olga. 2004. “Es tan difícil dejar de comer... trampeo estratégico en el enfermo diabético”. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales, Hermosillo, Sonora.: El Colegio de Sonora.
- Barragán Solís Anabella. 2007. “El género de las cuidadoras y los cuidadores en la atención del dolor crónico”. En *Estudios de Antropología biológica volumen XIII* Editado por Magalí Civera Cerecedo y Martha Rebeca Herrera Bautista. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Instituto Nacional de Antropología e Historia y Asociación Mexicana de Antropología biológica.
- Barrera-Cruz, Antonio, Arturo Rodríguez-González, y Mario Antonio Molina-Ayala. 2013. Escenario actual de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 51 (3): 292–299.
- Bermudes Borja, Berenice, y Hernández Rodríguez FS. 2012. La estigmatización del cuerpo obeso: percepción en un grupo de adolescentes mexicanos. *Archivos en medicina familiar*. 14 (1): 21–27.
- Berry, Diane, Rebecca Sheehan, Rhonda Heschel, Kathleen Knafl, Gail Melkus, y Margaret Grey. 2004. Family-Based Interventions for Childhood Obesity: A Review. *Journal of Family Nursing* 10 (4): 429–49.

- Braguinsky, J. (1997). Obesidad citado en Del Valle, Nancy. 2010. La obesidad infantil como problema de salud pública. *Hologramática. Facultad de Ciencias Sociales*. Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino. Argentina.
- Bryan, Charity, Lisa Broussard, y David Bellar. 2013. Effective partnership: how school nurses and physical education teachers can combat childhood obesity. *NASN School Nurse (Print)* 28 (1): 20–23.
- Cabello Garza, Martha Leticia. 2010. Voces y vivencias de aquéllos que gozan y sufren la obesidad. Un estudio fenomenológico. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Cabello, Martha y David De Jesús Reyes. 2011. Percepción de las madres de niños con obesidad sobre los hábitos alimenticios y sus responsabilidades en la alimentación de sus hijos. *RESPYN* 12 (1): 1–18.
- Calderón Carrillo, Daniel. 2012. La representación social de la obesidad desde la mirada infantil: un estudio de caso en una primaria del Distrito Federal. Maestría en Antropología, Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castorina, Jose Antonio. 2008. Representaciones sociales: Problemas teóricos y conocimientos infantiles. Editorial gedisa. Barcelona, España.
- Castro, Ana María, Andrea Toledo-Rojas, Lilia Macedo, y Virginia Inclán-Rubio. 2012. La obesidad infantil, un problema de salud multisistémico. *Revista Médica Del Hospital General de México*, 41–49.
- Castro, María del Carmen (2008), De pacientes a exigentes: Un estudio sociológico sobre la calidad en la atención, derechos y ciudadanía, Hermosillo, El Colegio de Sonora.
- Castro, Roberto. 2011. *Teoría Social y Salud*. CRIM, UNAM.
- Comisión Nacional de Protección en Salud/Seguro Popular. Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2012. Sitio en línea en: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/seguro_popular/index/pdf/causes2012.pdf
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). 2014. Historia de los CDC. Disponible en <http://www.cdc.gov/Spanish/acercaCDC/historia.html>
- Chakrabarti, Suparna, y Stephen Abbott. 2011. Attitudes to childhood overweight and obesity: the limits of cultural explanations. *Health Education Journal*, 670-677.
- Conrad, Peter. 1992. Medicalization and social control. *Annual Reviews* 18:209-232.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). 2010. Índice de marginación. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/2010/documentoprincipal/Capitulo01.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Rezago social a nivel zonas urbanas. Sitio en línea en: http://www.coneval.gob.mx/Medicion/IRS/Paginas/Rezago_social_AGEB_2010.aspx
- Coutiño, Liliana. 2012. Las armas de las débiles, son siempre débiles armas. Consumo de productos para adelgazar en mujeres de 30 a 45 años pertenecientes al estrato socioeconómico medio en Hermosillo, Sonora. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales, Hermosillo, Sonora.: El Colegio de Sonora.
- Danford, Cynthia A. y Kristy K. Martyn. 2013. “Exploring eating and activity behaviors with parent–child dyads using event history calendars” *Journal of Family Nursing* 19(3) 375–398.
- Dávila, Guadalupe Yazmin. 2006. Construcción sociocultural de la obesidad. *Gaceta Urbana*. 3, 32–34.

- Davison, Kirsten K., Hal A. Lawson, y J. Douglas Coatsworth. 2012. The Family-Centered Action Model of Intervention Layout and Implementation (FAMILI): The Example of Childhood Obesity. *Health Promotion Practice* 13 (4): 454–61.
- Dehghan, Mahshid, Noori Akhtar-Danesh, y Anwar T Merchant. 2005. Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal*. 4 (24): 1-8.
- Devillard, Marie-Jose. 1990. El grupo doméstico conceptos y realidades. *Política y Sociedad*. Universidad Complutense. Madrid 6/7: 103-11.
- Dewey, Kathryn G. 2003. Is breastfeeding protective against child obesity? *J Hum Lact* 19 (1): 9–18.
- Dietz, W. H., y S. L. Gortmaker. 2001. Preventing Obesity in children and adolescents. *Annual Review of Public Health* 22: 337–53.
- Duque, Iván Leonardo, y José Hernán Parra. 2012. Exposición a pantallas, sobrepeso y desajuste físico en niños y niñas. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud* 10 (2): 971-981.
- Eneli, Ihuoma U., Tracy L. Tylka, Rosanna P. Watowicz y Julie C. Lumeng. 2015. Maternal and child roles in the feeding relationship: What are mothers doing? *Clinical Pediatrics* 54 (2):179-182
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). 2012. Resultados Nacionales. Síntesis ejecutiva. México. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud.
- Esquivel Valeria, Eleonor Faur y Elizabeth Jelin. 2012. Las lógicas del cuidado infantil. Entre familias, el Estado y el mercado. IDES. Argentina.
- Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 2004. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Disponible en http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf (marzo 09, 2014).
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. 2005. La infancia amenazada. Estado mundial de la Infancia. En línea: <http://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>
- Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas. 2015. La edad escolar. Disponible en: http://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos_6876.htm
- _____. 2005a. "Vigía de los derechos de la niñez mexicana". Consejo Consultivo de UNICEF México y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Fradkin, Chris, Wallander Jan L, Elliott Marc N, Cuccaro Paula, y Schuster Mark A. 2014. Regular physical activity has differential association with reduced obesity among diverse youth in the United States. *Journal of Health Psychology*, 1–13.
- Galán Amador Manuel. 2010. Ética de la investigación. *Revista iberoamericana de educación*. 54 (4): 1-2.
- García-Junco Machado, David. 2012. La transformación del sistema de salud y el Seguro Popular. *Gaceta Médica de México*. 148: 518-524.
- Gómez Espino, Juan Miguel. 2012. El grupo focal y el uso de viñetas en la investigación con niños. *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales* (24):45-65.
- González González, Norma. 2001. *Sociología cualitativa y salud. La vida detrás de las estadísticas*. En: Martínez Vilchis, José y Gabriel G. Huitrón Bravo (compiladores) *Salud y Sociedad, sus métodos cualitativos de investigación*. Universidad Autónoma del Estado de México. México.

- Gracia Arnaiz, Mabel. 1996. Paradojas de la alimentación contemporánea. ICARIA.
- _____. 2000. La complejidad biosocial de la alimentación humana. *Zainak*. 20: 35-55.
- _____. 2007. Comer bien, comer mal: La medicalización del comportamiento alimentario. *Salud pública Mex*. 49 (3):236:242.
- _____. 2009. Qué y cuánto comer: Tomando medidas frente a las sociedades obesogénicas. *SALUD COLECTIVA* 5(3): 363–376.
- _____. 2011. La medicalización de la obesidad. Concepciones y experiencias sobre la gordura en jóvenes con “exceso” de peso. *Zaink*. 34. 225-241.
- Guerrero Martin, Magda Liliana y Elsi Vanessa Rojas Morales. 2009. “Necesidades de cuidado de las cuidadoras y los cuidadores de personas con hipertensión arterial en un servicio de atención ambulatoria en salud”. Tesis de grado. Pontificia Universidad Javeriana, Departamento de Enfermería. Bogotá Colombia.
- Guzmán, Rebeca, Arturo del Castillo y Melissa García. 2010. *Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad*. En: Morales, José Antonio, *Obesidad: Un enfoque multidisciplinario*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 201-218.
- Goffman, Erving. 1989. *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haro, Armando. 2000. *Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud*. En: Comelles, Josep M. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, editados por E. Perdiguero y J. M. Comelles. Barcelona: Bellaterra.
- _____. 2011. Reflexiones sobre el cambio epistemológico en salud desde una epidemiología sociocultural. Documento presentado en el Seminario Permanente de Antropología Médica (Coordinado por el Dr. Eduardo L. Menéndez), CIESAS, México, D. F., 2 de marzo, 2011.
- Harris, Marvin. 1998. *Antropología cultural*. Alianza editorial.
- Hernández Corrochano, Elena. 2012. Grupos residenciales y domésticos. Modos de habitar en dos ciudades del norte de Marruecos. *Nueva Antropología* 25:121-135.
- Huberman Michael y Matthew Miles. 2000. *Métodos para el manejo y análisis de datos*. En Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social, compilado por Catalina A. Denman y Jesús Armando Haro. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores. Sitio en línea en: <http://portal.infonavit.org.mx/wps/wcm/connect/infonavit/inicio>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud en línea. Menor de edad. Sitio en línea en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/obesidad-menoreedad>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2010. Población, hogares y viviendas. Sonora, México. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=26>
- Jiménez Chávez, Viviana Elizabeth. 2012. El estudio de caso y su implementación en la investigación. *Rev. Int. Investig. Cienc. Soc.* 8(1):141-150.
- Kaufer-Horwitz, Martha, y Georgina Toussaint. 2008. Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Bol Med Hosp Infant Mex* 65: 202–518.
- LaFontaine, Tom. 2008. Physical activity: the epidemic of obesity and overweight among youth: trends, consequences, and interventions. *American Journal of Lifestyle Medicine* 2 (1): 30–36.
- Lamas, Marta. 2001. *Cuerpo: Diferencia sexual y género*. México, D.F. Santillana.

- _____. 2002. La antropología feminista y la categoría género. En *Cuerpo, Diferencia Sexual y Género*. México, Taurus.
- Larbán Vera, Juan. Ser cuidador, el ejercicio de cuidar. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*. 50: 55-99
- López González, Julia Irene. 2014. Funcionamiento familiar, barreras percibidas y disposición al cambio de hábitos en familias con adolescentes con obesidad. Tesis Maestría en Ciencias de la salud. Universidad de Sonora. Sonora, México.
- Martínez, Carlos, y Gabriela Navarro. 2014. Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 52 (Supl 1):94-101.
- Martínez González, Lucía, Ma. Teresa Robles Rendón, Bertha Ramos del Río, Fredy Santiesteban Macario, Lic. Ma. Elena García Valdés. Martha G. Morales Enríquez y Laura García Leños. 2009. “Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón”. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*. 20: 23-29.
- Martínez, Miguel. 2006. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de Investigación en Psicología*. 9 (1): 123-146.
- Mejía Arauz, Rebeca. 2003. Combinación estratégica: Investigación Sociocultural cualitativa-cuantitativa. *Nómodas*. 18:20-27.
- Meléndez, Juana María, Gloria María Cañéz, y Hevilat Frías. 2010. Comportamiento alimentario y obesidad infantil en Sonora, México.” *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud* 8 (2).
- Menéndez, Eduardo L. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y salud colectiva*. 8 (1): 185-207.
- _____.2005. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*. 14 (s/n): 33-69.
- _____.2008. Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y sociedad* 20 (número especial 2): 5-50.
- Mézquita Ortiz, José Franciso. 2006. El arte del diagnóstico. *Med Int Mex*. 22:246-52.
- Ministerio de Educación, Política Social y Deporte Instituto de Mayores y Servicios Sociales. 2008. Cuidadoras y cuidadores : el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Boletín sobre el envejecimiento No. 35.
- Montaño, Carlos. 2000. La naturaleza del Servicio Social: su especificidad y su reproducción. Cortez Editora. Brasil.
- Moreno Aznar Luis A., y Margarita Alonso Franch. 2010. Obesidad en *Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición* compilado por Asociación Española de Pediatría Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. España.
- Moreno L., Arturo, y Luis Toro Z. 2009. La televisión, mediadora entre consumismo y obesidad. *Rev Chil Nutr* 36 (1): 46–52.
- Moreno, Esteban, Susana Monereo, y Julia Álvarez. 2000. *Obesidad: La Epidemia Del Siglo XXI*. 2.da Edición. Diaz de Santos.
- Mosquera Noguera, Ricardo Andrés y Ángela Patricia Ahumada Manjarres. 2005. “Aspectos de los asentamientos irregulares en América Latina”. *Revista de arquitectura* (7): 14-16

- Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013&print=true
- Ocampo-Barrio, P., y A.N. Pérez-Mejía. 2010. Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad. *SEMERGEN - Medicina de Familia* 36 (6): 325–31.
- Organización Mundial de la Salud. 2014. *Programas y proyectos. Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud. Sobrepeso y obesidad infantiles*. Organización Mundial de la salud 2014. Sitio en línea en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
- Organización Mundial de la Salud. 2014a. Obesidad y Sobrepeso. Nota descriptiva N° 311. Sitio en línea: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Orellana Trinidad, Laura. 2014. La medicalización del cuerpo excedido. La obesidad como “problema” en los discursos médicos y publicitarios de la prensa mexicana (1880-1920). Tesis de doctorado. Universidad Iberoamericana. Ciudad de México.
- Orueta Sánchez, Ramón, Santos Rodríguez, Coral, González Hidalgo, Enrique, Fagundo Becerra, Eva M^a, Alejandro Lázaro, Gemma, Carmona de la Morena, Javier, Rodríguez Alcalá, Javier, Campo del Campo, José M^a del, Díez Andrés, María Luisa, Vallés Fernández, Natalia, & Butrón Gómez, Teresa. 2011. Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia* 4(2): 150-161.
- Osorio Carranza, Rosa María. 1994. La cultura médica materna y la salud infantil síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia. Tesis Maestría en antropología social. Escuela Nacional de Antropología e Historia, División de Estudios Superiores. México.
- _____. 2001. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles, México: INI, CIESAS, CONACULTA, INAH.
- Osorio-Murillo, Olga, y María Consuelo del Pilar Amaya-Rey. 2011. La alimentación de los adolescentes: el lugar y la compañía determinan las prácticas alimentarias. *Aquichan* 11 (2): 199–216.
- Østbye, Truls, Pauline Lyna, Michael E Bodner, Stewart C Alexander, Cynthia Coffman, James A Tulsy, Rowena Dolory Kathryn Pollak. 2015. The effect of parental presence on weight-related discussions between physicians and their overweight adolescent patients. *Clinical Pediatrics*.
- Pérez Gil, Sara. 2009. Cultura alimentaria y obesidad. *Gac Méd Méx* 145 (5). Disponible en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2009/n5/32_vol_145_n5.pdf
- Pérez-Gil, Sara Elena, Paz Claudia, y Romero Gabriela. 2011. Cuerpo, imagen y saberes alimentarios en infantes oaxaqueños, México: un primer acercamiento. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales* 9 (2): 847–868.
- Pérez Jiménez, Dianellys, Rodríguez Salvá, Armando, Herrera Travieso, Delia Mercedes, García Roche, René, Echemendía Tocabens, Belkis, & Chang de la Rosa, Martha. (2013). Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 51(2): 174-183.
- Pinzón, Estefanía. 2009. Obesidad en pediatría. *Sociedad Colombiana de Pediatría* 7 (3): 1–13.
- Portillo Pineda Abraham, Ma. Auxilio Núñez Olivares, Benigno Figueroa Núñez, Carlos Gómez Alonso, Oliva Mejía Rodríguez. 2011. “Identificación de Acantosis nigricans y su

- relación con obesidad y resistencia a la insulina en niños y adolescentes en una Unidad de Medicina Familiar en Michoacán, México” *Aten Fam.* 18(2):31-34.
- Popkin, Barry M. 2004. La transición nutricional y el cambio mundial hacia la obesidad. *Diabetes Voice* 49 (3).
- Ramírez Torres, Juan Luís. 2001. *El cuerpo enfermo: metáfora biológica de lo social y lo ético.* En: En: Martínez Vilchis, José y Gabriel G. Huitrón Bravo (compiladores) Salud y Sociedad, sus métodos cualitativos de investigación. Universidad Autónoma del Estado de México. México.
- Reilly, J. J. 2006. Obesity in childhood and adolescence: evidence based clinical and public health perspectives. *Postgraduate Medical Journal* 82 (969): 429–437.
- Richmond, T., Walls, C., Gooding, H., Field, A. 2010. Television viewing is not predictive of BMI in black and Hispanic young adult females. *Obesity.* 18 (5) 1015-1020.
- Robles Silva, Leticia. 2004. “El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos: un sistema de autoatención” *Cad. Saúde Pública* 20(2):618-625.
- Rocha Rivero, Gloria Isabel (1995). Las representaciones sociales de la enfermedad una mirada sociológica a la perspectiva legal. Tesis de Doctorado en ciencias sociales con especialidad en sociología. El Colegio de México.
- Rocha Sánchez, Tania Esmeralda. 2009. Desarrollo de la Identidad de Género desde una Perspectiva Psico-Socio-Cultural: Un Recorrido Conceptual. *Interamerican Journal of Psychology* 43: 250-259..
- Rocha, Tania y Rolando Díaz. 2005. Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología.* 21 (1): 42-49.
- Rodríguez-Morán, Martha, Mendoza-Ávila Eduardo, Cumplido-Fuentes Agustín, Simental-Mendía Luis E., Rodríguez-Ramírez Gabriela, Sánchez-Lazcano Gloria Janeth, Ramírez-Bonilla Paulina, et al. 2014. Terapia cognitivo-conductual en el manejo integral de la obesidad en adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 52 (1): 68–73.
- Rodríguez, Pablo (Coord.) 2004. La familia en Iberoamérica 1550-1980. Pablo Rodríguez Coordinador. Bogotá: Convenio Andres Bello, Universidad Externado de Colombia. Colección Confluencias.
- Rodríguez Pérez M, Abreu Sánchez A, Barquero González A, León López R. 2006. Cuidadores de ancianos dependientes. Cuidar y ser cuidados. *Nursing.* 24(1):58-66.
- Roo-Prato Jacqueline B., Alicia Hamui-Sutton y Miguel A. Fernández-Ortega. 2016. Conflictos intergeneracionales en abuelas cuidadoras de una clínica de medicina familia de la Ciudad de México. *Aten. Fam.* 23(2):57-62.
- Salas Valenzuela, Monserrat Amanda. 2011. La alimentación de un grupo de bebés menores de seis meses en Xochimilco, México. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales. El Colegio de Michoacán, A.C.
- Sánchez-Castillo Claudia P., Edgar Pichardo-Ontiveros y Patricia López-R. 2004. Epidemiología de la obesidad. *Gac Méd Méx* 140 (2): 3-20.
- Sánchez Morales, Carolina. 2012. Factores de riesgo para el desarrollo de obesidad en preescolares que acuden a Estancias Infantiles (EI) de la Sedesol de Hermosillo, Sonora. Tesis. Maestría en Ciencias. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo. Sonora.

- Sandoval Godoy y Juana María Meléndez. 2008. *Cultura y seguridad alimentaria. Enfoques conceptuales, contexto global y experiencias locales*. Plaza y Valdez Editores. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C.
- Schuster, Juan. 1993. *La teoría de la estructuración*. Universidad Veracruzana. En línea: <http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/1384>
- Secretaría de desarrollo social. Programa Hábitat. Sitio en línea en: http://www.2006-2012.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Habitat_Transparencia
- Secretaría de Salud. 2015. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Sitio en línea en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Sen Gita, Asha George y Piroška Östlin. 2005. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas Organización Panamericana de la salud. Publicación Ocasional No. 14.
- Simkin, Hugo y Gastón Becerra. El proceso de socialización. Apuntes para su exploración en el campo psicosocial. *Ciencia, Docencia y Tecnología*. 16 (47): 119-142
- Speiser, Phyllis W., Mary C. J. Rudolf, Henry Anhalt, Cecilia Camacho-Hubner, Francesco Chiarelli, Alon Eliakim, Michael Freemark, et al. 2005. Childhood Obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 90 (3): 1871–87.
- Tapia, Lissette, y Alejandro Sánchez. 2010. percepción de la imagen corporal que tienen las madres respecto a sus hijos. Minatitlán, Veracruz.: Universidad Veracruzana
- Ulin, Priscilla, Elizabeth Robinson y Elizabeth Tolley. 2006. Investigación en Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud.
- Urrejola N., Pascuala. 2007. ¿Por qué la obesidad es una enfermedad? *Revista Chilena de Pediatría* 78 (4): 421–423.
- Valladares-Salgado, Adán, Suárez-Sánchez Fernando, Braguete-García Ana I., y Cruz Miguel. 2014. Epigenética de la obesidad infantil y de la diabetes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 52 (1): 88–93.
- Vargas-Escobar, Lina María. 2010. “Marco para el cuidado de la salud en situaciones de enfermedad crónica”. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 12(1): 79-94.
- Vergara, Ana., Mónica Peña, Paulina Chávez y Enrique Vergara. 2015. Los niños como sujetos sociales: El aporte de los Nuevos Estudios Sociales de la infancia y el Análisis Crítico del Discurso. *Psicoperspectivas* 14(1): 55-65
- Vindas, Adriana. 2010. Reflexiones sobre el ejercicio actual de la maternidad. *Revista costarricense de psicología*, 29 (43): 47-55.
- Walters Pacheco, Kattia Z., Serrano-García Irma, y Echegaray Ilsa. 2007. Obesidad: el reto de su invisibilidad en el siglo XXI. *Revista Puertorriqueña de Psicología* 18: 82–107.
- Wieviorka, Michel. 2011. *Una sociología para el Siglo XXI*. Barcelona: UOC Ediciones.
- Yin, Robert K. 2009. Case study research: design and methods. Editorial Sage. Estados Unidos.

Anexo 2. Recorrido metodológico

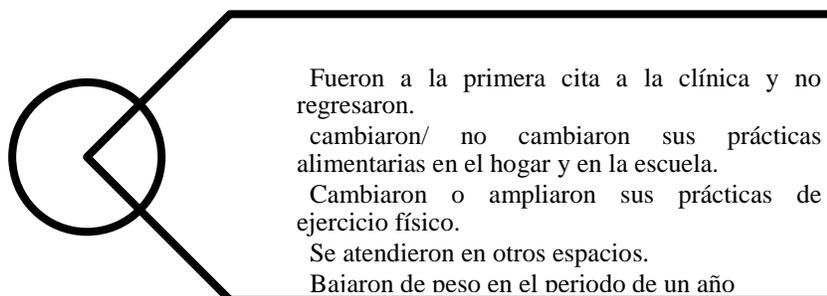
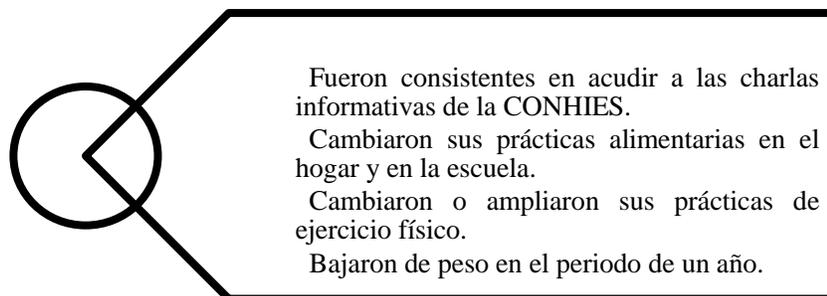
Un elemento importante que quise documentar fue el proceso por el cual metodológicamente se entró a campo y a la vez se eligieron los casos, esto con la finalidad de que él (la) lector (a) conozcan las situaciones que se me presentaron en la cotidianidad de la investigación y que en futuras investigaciones sean tomadas en cuenta para reducir tiempos y costos de la misma.

El desarrollo de esta investigación a partir de la entrada a campo en enero de 2015 vislumbró cambios constantes, de igual manera los ejercicios en los dos coloquios que se llevaron a cabo en diciembre de 2015 y junio de 2015 permitieron tomar decisiones respecto a la ejecución de este estudio.

Primeramente en diciembre era pertinente establecer quiénes serían los sujetos de investigación pues se señalaban en el cuerpo del documento presentado una trilogía de sujetos relacionados con la atención a la obesidad del niño (a): el cuidador, el personal clínico y el niño (a). Si bien se deseaba fuera el niño (a) quien figurara como sujeto principal, esto no fue posible por falta de tiempo y consideraciones éticas que pudieran presentarse.

Sin embargo esta duda prevaleció hasta el segundo coloquio donde se volvió a señalar que no era claro aún el sujeto de investigación, siendo así fue en ese periodo cuando se optó por elegir al *cuidador principal* como el sujeto principal de investigación y esto también generó una situación que -como se verá en el capítulo del estudio sombra- dificultó la elección y participación de los sujetos de investigación.

En ese sentido la selección del sujeto de investigación dependía de la tipología que se construyó a finales de diciembre del 2014, la cual se presenta a continuación:



Sin embargo no era claro si sería el cuidador o el niño (a) el sujeto de investigación.

Ya para 2015 se planteó este siguiente cuadro para someter el estudio ante el comité de ética de El Colegio de Sonora, de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora y el Hospital Infantil del Estado de Sonora:

Tipología:

Caso A Que acudió a la CONHIES y concluyó el tratamiento y se dio de alta. Hombre y Mujer	Caso B Que acudió a la CONHIES y no concluyó el tratamiento. Hombre-Mujer	Caso C Que inició su tratamiento este año en la CONHIES Hombre y Mujer
--	--	---

Aquí se abordarían 6 casos

Criterio de inclusión de caso:

- Que hayan participado en el programa de atención que ofrece la CONHIES y cumplan con las características que se establecen en el caso típico de atención.
- Que los y las participantes del proyecto de investigación estén de acuerdo con el consentimiento informado, sea explicado y comprendido por los mismos.
- Se considera que la cantidad de casos sea igual en hombres y mujeres para justificar la perspectiva de género.

Criterio de exclusión de caso:

- Que no cumplan con las características que se establecen en el caso típico de atención.
- Que la obesidad sea un signo y/o síntoma de enfermedades genéticas.

En junio de 2015 se presentó lo siguiente

Tipología:

Grupo 1

Que acudió a la CONHIES y no concluyó el tratamiento.

2 Hombres - 2 Mujeres

Grupo 2

Que se atiende actualmente en la CONHIES

2 Hombres - 2 Mujeres

Una vez que se presentó en el coloquio, mediante los comentarios de las lectoras y previa asesoría con la dirección de tesis se acordó lo siguiente:

Se han considerado dos grupos:

Grupo	Grupo 1			Grupo 2		
Descripción	Que acudió a la CONHIES y desertó la atención.			Que se atiende actualmente en la CONHIES		
Sujetos gancho	4 niños (as)	2 Hombres	2 Mujeres	4 niños (as)	2 Hombres	2 Mujeres
Sujeto de estudio	Principal cuidador-a de cada escolar en total			Principal cuidador-a de cada escolar en total		

En asesoría el día de ayer se acordó lo siguiente para hacer comparaciones por edad:

Grupo	Grupo 1				Grupo 2			
Descripción	Que acudió a la CONHIES y desertó la atención.				Que se atiende actualmente en la CONHIES			
Sujetos gancho	8 niños (as): 4 hombres y 4 mujeres				8 niños (as): 4 hombres y 4 mujeres			
Por grupo de edad	6-8 años		9-12 años		6-8 años		9-12 años	
	2 Hombres	2 Mujeres	2 Hombres	2 Mujeres	2 Hombres	2 Mujeres	2 Hombres	2 Mujeres
Sujeto de estudio	Principal cuidador-a de cada escolar en total				Principal cuidador-a de cada escolar en total			

Sin embargo con la información que se obtuvo del HIES se concluye para la elección de sujetos lo siguiente:

Grupo	Grupo 2			
Descripción	Que se atiende actualmente en la CONHIES			
Sujetos gancho	8 niños (as): 4 hombres y 4 mujeres			
Por grupo de edad	6-8 años		9-12 años	
	2 Hombres	2 Mujeres	2 Hombres	2 Mujeres
Sujeto de estudio	Principal cuidador-a de cada escolar en total			

Sin embargo para la localización de los grupos domésticos me di a la tarea de buscarlos a través del estudio sombra que llevé a cabo anotando los números de expedientes de los usuarios de atención que llegaban a consultar para después buscarlos en la base de datos y ver de ser posible si correspondían a los criterios de inclusión del estudio. De ser así anotaba sus números telefónicos en una libreta y consecutivamente fui haciendo esto hasta juntar cerca de 18 a 20 usuarios de atención por grupo.

Una vez que tuve estos datos solicité al HIES la posibilidad para que ellos realizaran el primer contacto con los grupos domésticos y solicitarles la posibilidad de que les llamara para invitarlos a participar en mi proyecto. Una vez que se llevó a cabo este proceso quedaron de la siguiente manera:

A	B
Que se atiende actualmente en la CONHIES	Que se atiende actualmente en la CONHIES
6 a 8 años de edad	9 a 12 años de edad
1 Hombre - 1 Mujer	3 Hombres - 3 Mujeres
<i>Los Lugo y Los Yáñez</i>	<i>Los Acosta, Los Durán, Las Escalante, Los Kirov, Los Íñiguez y Los Jiménez.</i>

Anexo 3. El proceso de entrada al Hospital Infantil del Estado de Sonora

1. Visita inicial a HIES

Se realiza visita al Director de la CONHIES para explicar el proyecto, solicita que se efectúe reunión con la Directora de Enseñanza e Investigación del HIES. Se agenda y agrega que se realicen dos versiones del protocolo de investigación, por un lado una ejecutiva que sea menor a cinco hojas (que excluya la parte teórica del mismo) y la extensa donde se exponga el proyecto completo.

2. Cita con Dir. Enseñanza e Investigación el HIES

Expone consideraciones sobre la actuación del estudiante-investigador y solicita se registre el proyecto ante la Secretaria de Servicios de Salud del Estado de Sonora teniendo hincapié en el proceso administrativo de oficios y sellos para que sean válidos.

3. Aprobación ante Comités de ética

Una vez que se acude a Servicios de Salud del Estado de Sonora y se realiza el registro del proyecto se solicita un paquete con documentos que permita realizar la valoración por parte del comité de ética tanto del HIES como de la misma Secretaria de Servicios de Salud, enviarse vía electrónica ambas dependencias y entregarse de igual forma de manera física el paquete entonces deberá contener lo siguiente:

1. Carta de presentación del estudiante de El Colegio de Sonora.
2. Carta de petición de registro a la dependencia de Secretaría de Servicios de Salud de Sonora.
3. Carta enviada a través del Dr. Murrieta, Director de la CONHIES a la dependencia de Servicios de Salud de Sonora donde señala su colaboración en el proyecto de investigación y acuse de la misma.
4. Carta de aprobación del Comité de Ética de El Colegio de Sonora.
5. Hoja de registro ante la dependencia de Servicios de Salud de Sonora.
6. Carta de petición de revisión del Comité de ética e Investigación del HIES.
7. Acuse de recibo paquete de protocolo y cartas solicitadas por el HIES.
8. Carta de aceptación del estudiante de Maestría, por el HIES.
9. Protocolo de Investigación versión ejecutiva
10. Protocolo de Investigación versión extensa

4. Aceptación de Proyecto de investigación

Una vez aprobado el proyecto de investigación se acepta al estudiante y se le solicita una fotografía tamaño infantil para realizar un gafete de identificación y pueda comenzar a realizar las actividades descritas en su proyecto.

Anexo 4. Guía de observación en CONHIES

Preámbulo

¿En qué consiste la consulta?

¿Cómo es el lugar de la consulta?

Descripción sobre el espacio y el mobiliario que se encuentra.

¿Quién atiende en la consulta?

¿Hay interrupciones?

¿Quiénes entran además del médico, residente, enfermeras, paciente, pasante de nutrición?

¿Cómo son percibidos por los usuarios de atención?

¿Los UA hacen preguntas sobre la información que les brinda el médico o nutriólogo?

La consulta

Saludo

¿Cómo es recibido el o la paciente (por su nombre, por algún adjetivo)?

¿Quién saluda (el/los médicos/enfermera/paciente) y cómo es el saludo?

¿El médico establece contacto visual?

¿El o la paciente establece contacto visual?

¿Cómo responde ante el contacto visual el o la paciente?

¿Cómo es el lenguaje corporal del o la paciente, es decir, como se sienta, tono de voz, expresiones que utiliza, otros movimientos?

¿Quién acompaña al o la paciente?

¿Hay presentación previa del o la pasante o el médico? ¿Por qué?

Interrogatorio

¿Cómo se inicia el interrogatorio?

¿Qué temas se abordan sobre el interrogatorio para iniciar la consulta?

¿Qué pregunta sobre la alimentación, la actividad física?

¿El médico da tiempo al paciente para que responda y escucha?

¿La o el paciente expresa algún comentario sobre su situación?

¿Qué tanto el niño (a) responde ante los señalamientos del médico o del pasante?

¿El o la paciente hace preguntas sobre su situación?

¿Hay interrupciones del médico o el o la pasante cuando él o la paciente está hablando?

Toma de medidas

¿El o la paciente acepta inmediatamente y se levanta hacia el espacio para su toma de medidas?

¿Dice algo antes?

¿El médico o el o la pasante explican la razón del porqué se toman medidas?

¿Les explican el procedimiento para tomarles medidas?

¿Quiénes participan en la toma de muestras, sólo el paciente o también sus acompañantes?

¿Cómo toma el o la paciente la toma de medidas, se resiste, con miedo, con pena, cómo es su expresión?

¿La o el paciente hace preguntas durante la toma de medidas?

Diagnóstico o seguimiento

¿Si es primera vez, se le dice qué diagnóstico tiene y por qué?

¿Qué indicaciones se le dan?

¿Se explica detalladamente lo que será el proceso?

¿Qué tipo de términos se utilizan para explicar la situación de salud que presenta el o la escolar?

¿El médico o el o la pasante, da tiempo a la paciente para hacer preguntas?

¿El médico o el o la pasante aseguran que las explicaciones han quedado claras?

¿Cuándo se dirige al escolar y cuándo al acompañante?

¿Hacen otro tipo de recomendaciones además de su estado de salud?

¿El niño (a), el acompañante hacen preguntas intermedias sobre el proceso que se le está señalando o esperan que el médico o el o la pasante expliquen todo de una vez?

Despedida

¿Cómo es la despedida de parte de cada uno?

¿Se contestan mutuamente?

¿Cuánto dura la consulta?

¿Qué se hace después de que él o la escolar abandonan el espacio?

Anexo 5. Guía de entrevista semiestructurada

Items

1. Comenzar a charlar sobre las actividades diarias.
2. Descripción de un día semana vs fin de semana
3. Descripción de un cumpleaños.
4. Cuando hablamos de salud ¿qué imagina qué es?
5. Cuando hablamos de enfermedad ¿qué imagina qué es?
6. Actualmente a algún miembro de su familia ¿le hace falta salud?
7. Cuando se habla sobre atención ¿qué piensa al respecto, qué es atender?
8. ¿Hay alguna situación presente que se esté atendiendo actualmente?
9. ¿Qué es eso de la obesidad?
10. ¿Dónde supo de la obesidad?
11. Trayectoria de la obesidad en el/la escolar
12. Personas presentes
13. Apoyo
14. Presión Social
15. Recomendaciones
16. ¿Cómo ha sido para ustedes como grupo doméstico convivir con esta situación?
17. Dónde inició y porqué la atención a la obesidad
18. ¿Por qué se decidió atender en la CONHIES?
19. ¿Había otros lugares de atención?
20. ¿A qué creen que se deba la obesidad?
21. ¿Cómo imaginaba la atención de la obesidad?
22. ¿Qué ha significado para ustedes la atención en la CONHIES?
23. ¿En qué consiste la atención en la CONHIES?
24. ¿Qué ha significado para ustedes la atención en el hogar?
25. Antes y después del dx de obesidad
26. Antes y después del dx de obesidad
27. Antes y después del dx de obesidad
28. Retos y dificultades de la atención
29. ¿Cómo participa en su atención?
30. ¿Participa en las decisiones del hogar sobre los alimentos a consumir?
31. ¿Cómo es en la consulta, se le pregunta a el/la escolar?
32. ¿Cómo cree que se siente el/la escolar por la atención que recibe?
33. Le ha dicho algo al respecto de la atención
34. ¿Cómo se siente usted de tratar junto al escolar esta situación?

Proyecto: “Representaciones y prácticas de los principales actores sociales involucrados en la atención a la obesidad de niños (as). Estudio sociocultural en la Clínica de Obesidad y Nutrición del Hospital Infantil del Estado de Sonora (CONHIES)”

Estudiante investigador:

Quintana Torres Javier Ivan

Detalles:

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio se está llevando a cabo a través del El Colegio de Sonora y en colaboración con la Clínica de Obesidad y Nutrición del Hospital Infantil del Estado de Sonora. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de El Colegio de Sonora, del Hospital Infantil del Estado de Sonora y registrado ante la Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora.

Si decide que su hijo y usted participen en lo mismo, deben recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre lo mismo.

Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomar el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Puede decidir que su hijo-a y usted no participe o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicaciones. Le aseguro que esta decisión no afectará a la relación con su médico ni a la asistencia que de salud tiene derecho.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El objetivo de este estudio es investigar cómo se entiende y atiende la situación por la cual se acude a la CONHIES y rescatar lo cotidiano en la atención a la situación de salud que presentan los niños (as).

¿Por qué le ofrecen participar a mis hijos?

La selección de las personas invitadas a participar depende de unos criterios que están descritos en el protocolo de la investigación. Estos criterios sirven para seleccionar a la población con la que se responderá el interrogante de la investigación. Es invitado a participar porque cumple esos criterios (niños y niñas que se atienden en la CONHIES y que cumplen con características del caso típico de atención).

Se espera que participen 8 casos, entendidos como 8 familias en este estudio.

¿En qué consiste la participación de su hijo (a)?

Lo que pido es el permiso de los padres y de los niños y las niñas para poder ver la historia clínica del paciente, estar presente en su consulta y realizar visitas domiciliarias al hogar para documentar las vivencias que en la cotidianidad se hayan enfrentado esta situación de salud, única y exclusivamente.

Lo que pretendo es dar a conocer las dificultades a las que se enfrentan los hogares para llevar a cabo la atención a la situación de obesidad que se presenta en la actualidad.

Estas nuevas interpretaciones pueden variar la práctica clínica habitual, siempre intentando mejorarla. La participación de sus hijos y usted no tiene una duración total estimada. El período en el que se llevará a cabo las técnicas de investigación será en abril y mayo del presente año. El estudiante-investigador puede decidir finalizar el estudio antes de lo previsto o interrumpir su participación por aparición de nueva información relevante, por motivos de seguridad, o por incumplimiento de los procedimientos del estudio.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

No existe ningún riesgo ni físico ni psicológico para él o la participante. La identidad de los mismos se mantendrá el margen de la investigación.

Si durante el transcurso del estudio se ha conocido información relevante que afecte a la relación entre el riesgo y el beneficio de la participación, se le transmitirá para que pueda decidir abandonar o continuar.

¿Obtendré algún beneficio si mis hijos participan?

No se espera que su hijo (a) y usted obtengan beneficio directo por participar en el estudio. El único beneficio buscado es la aplicación a nivel profesional y a nivel social del estudio y las mejoras a la situación de salud a la que se enfrentan.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de los datos de sus hijos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Los Particulares (LFPDPPP) del 05 de julio de 2010 en el Diario Oficial de la Federación y las condiciones de éticas enmarcadas el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Sólo el equipo investigador tiene el deber de guardar la confidencialidad y tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Podrá transmitirse a terceros información que no pueda ser identificada.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio. Ni Usted ni sus hijos será retribuido por participar.

¿Quién me puede dar más información?

Puede contactar a la Dra. Patricia Aranda Gallegos, Profesora investigadora de El Colegio de Sonora al cual pertenece el alumno investigador Javier Quintana.

Para más información llamar también a El Colegio de Sonora y ser atendido por Elizabeth Cejudo Ramos y/o Isabel Renteria, asistentes de coordinación de Posgrados en el 662 259 53 00 Ext. 2412 y 2411 o enviar un correo electrónico a informesposgrado@colson.edu.mx.

Muchas gracias por su colaboración

Datos contacto: Javier Ivan Quintana Torres

Teléfono: 6621315820, e-mail: jquintana@posgrado.colson.edu.mx

Anexo 7. Consentimiento informado para participantes

(Cuidadoras y cuidadores)

Hermosillo Sonora a: _____

Nosotros como cuidadores,

Leímos la hoja de información que como participante del estudio arriba mencionado se nos entregó, conversamos con Quintana Torres Javier Ivan e hicimos todas las preguntas sobre el estudio necesarias para comprender sus condiciones y consideramos que recibimos suficiente información sobre el estudio.	<input type="checkbox"/>
Comprendemos que nuestra participación es voluntaria, y que podemos retirarnos del estudio cuando queramos, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en nuestra persona.	<input type="checkbox"/>
Accedemos a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información del participante.	<input type="checkbox"/>
Prestamos libremente nuestra conformidad para participar en el estudio	<input type="checkbox"/>

Respecto a la conservación y utilización futura de los datos detallada en la hoja de información al participante:

No accedemos a que nuestros datos sean conservados una vez terminado el presente estudio	<input type="checkbox"/>
Accedemos a que nuestros datos se conserven una vez terminado el estudio, siempre y cuando sea imposible, incluso para los investigadores, identificarlos por ningún medio	<input type="checkbox"/>
SÍ accedemos a que los datos se conserven para usos posteriores en líneas de investigación relacionadas con la presente, y en las condiciones mencionadas.	<input type="checkbox"/>

En cuanto a los resultados del estudio realizado,

DESEAMOS conocer los resultados

NO DESEAMOS conocer los resultados

Cuidadores

Estudiante-Investigador

Javier Ivan Quintana Torres
No. Expediente 201404476
Cel: 6621315820