



Facultad de Estudios Superiores

IZTACALA

Modificaciones en las prácticas dietéticas a través de un tratamiento nutricional integral: Factores que influyen en su éxito o fracaso.

Modifications of eating habits through integral nutritional treatment: Factors that lead to their success or failure.

¹Ma. Lourdes Flores López, ²Dubranvka Mindek Jagic, ²Rosa María Osorio Carranza

¹ Catedra CONACYT. Proyecto derivado del trabajo de investigación realizado en estancia posdoctoral en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Programa de posgrado en Ciencias sociales

² Universidad Autónoma del Estado de Morelos

Recibido: 29 de agosto de 2018

Revisado: 06 de diciembre de 2018

Aceptado: 12 de febrero de 2019

Autora de correspondencia: lulu.flores.lopez@gmail.com (M.L. Flores López)

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Resumen

Este estudio incorpora una perspectiva socio-antropológica con el objetivo de analizar y comprender los motivos que animan a los actores sociales que padecen las enfermedades crónico-degenerativas, a modificar o no sus prácticas alimentarias, así como las representaciones sociales de la alimentación y la salud desde su propia subjetividad que participan en un programa institucional en prevención de la salud. La aproximación metodológica de corte cualitativo recupera la noción de *representaciones*, que permiten comprender cómo se gestan los cambios en las prácticas alimentarias a partir de las concepciones y las valoraciones que manejan los actores sobre la dieta y su impacto en la salud. La evidencia empírica de este estudio se recopiló mediante 19 entrevistas, realizadas a 13 mujeres y 6 varones adultos (edad promedio: 45 años), usuarios del servicio de nutrición de una clínica de primer nivel de atención de seguridad social en la ciudad de Cuernavaca (Morelos, México). Los principales resultados muestran que las modificaciones en las prácticas alimentarias se correlacionan con la representación de alimento-cura, con el grado de apoyo familiar que reciben y su valoración de la

terapia nutricional integral. Asimismo, los resultados apuntan a que los sujetos que perciben los efectos positivos del tratamiento nutricional integral en el control de su enfermedad son más proclives a mantener los cambios dietéticos.

Palabras clave. Enfermedades crónicas, Antropología médica, Prácticas alimentarias, Atención nutricional, Adherencia al tratamiento.

Abstract This study seeks to explore and understand, from a socio-anthropological perspective, the reasons that make social actors with chronic-degenerative diseases manage -or not- changes in their eating habits, as well as the social representations of food and health from their own subjectivity, which they participate in an institutional prevention program. A qualitative research approach to this subject is based on the use of the concept of representations that allows understanding the importance of social actors' conceptions and assessments of diet and its impact on health, in terms of changes in their eating habits. The empirical evidence for the article was collected through 19 interviews, (13 women and 6 men), on average 45 years old, users of the nutrition service in a first level social security clinic in the city of Cuernavaca, Morelos. The main results show that changes in eating habits are related to the representation of food as a cure, as well as the level of family support in receiving and assessing the integral nutritional therapy. Results also suggest that actors that perceive positive effects of integral nutritional therapy controlling their diseases are more willing to keep up their treatments.

Keywords. Chronic diseases, medical anthropology, Eating practices, Nutritional care, Adherence to treatment.

Introducción

La alimentación es una parte fundamental del ser humano que, en primer término, permite la supervivencia. Cuando el hombre consigue domesticar, diversificar y asegurar cantidades suficientes de alimentos, su significado con frecuencia se relaciona con otros elementos, como la religión, la cultura, las costumbres, las creencias personales, la vida social, la política y la economía. Esta conjugación complejiza la noción de alimentación; por tanto, ésta no solo cumple con una función biológica, sino también social, simbólica y cultural, con sus respectivas repercusiones en el estado de salud individual y colectiva. (Helman, 2007 y Blanco-García y Florence, 2016).

La relación entre la alimentación y la salud está ampliamente documentada (Moral, Gastón y Abad, 2014; Moreno-Altamirano et al., 2015; Moreno-Altamirano, García-García, Soto-Estrada, Capraro & Limón-Cruz, 2014; Rivero, 2016). Desde antaño se

asocia el consumo de cierto tipo de alimentos con funciones de índole curativa y preventiva, la *teoría de los humores* es un claro ejemplo. Actualmente se siguen configurando las mismas asociaciones con algunos distintivos característicos de la sociedad y contextos específicos. Hoy más que nunca las nociones sobre los efectos de la alimentación en la salud son promovidas en gran medida por el sector médico en el afán de combatir la epidemia de obesidad a nivel mundial, asociada –entre otros factores– a la dieta, los estilos de vida actuales y el desarrollo industrial (Astrup, Dyerberg, Selleck & Stender, 2008; Duffey & Popkin, 2007; Popkin, Adair & Ng, 2012).

La prevalencia de obesidad y su relación con el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas develan una problemática de salud pública con consecuencias en la morbi-mortalidad, implicando altos costos asistenciales tanto para el estado (Villareal-Ríos et al., 2002) como para las familias que tienen que enfrentar esta situación. La *carga de la*

enfermedad (Lozano et.al., 2013), comorbilidades y discapacidad, tienen repercusiones tanto económicas como psicológicas.

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y, por lo general, de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes (Organización Mundial de la Salud, 2013). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estiman que, en México, Belice y Estados Unidos, aproximadamente 30% de la población tiene obesidad; además México ocupa los primeros lugares a nivel mundial de sobrepeso y obesidad, particularmente en mujeres. La evidencia científica ha mostrado que la obesidad es un detonante para el desarrollo de la diabetes mellitus tipo dos (Millán et al., 2015) y otras enfermedades asociadas (Lopez, Jaramillo, Jaime, Murcia & Sánchez, 2005; Navarro & Ardiles, 2015; Soriguer, Rubio-Martín & Rojo-Martínez, 2012; Yanes, Calderín & Cruz, 2008; Hu, Rimm, Stampfer, Ascherio, Spiegelman & Willett, 2000).

Según datos de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016), en Morelos la diabetes se configura como la primera causa de mortalidad, seguida por las enfermedades del corazón y los tumores malignos. La población que cuenta con seguridad social es aproximadamente 61%, mientras que los usuarios de los servicios médicos representan alrededor del 28%. La consulta externa, los estudios de diagnóstico, así como las sesiones de tratamiento son los principales servicios otorgados en las instituciones de salud del estado. Los tumores malignos, así como las enfermedades endocrinas y nutricionales se ubican dentro de las cinco primeras causas de morbilidad (INEGI, 2015).

Dados los altos costos que representa la carga de enfermedad crónica, se han generado diversas iniciativas para la prevención y control del sobrepeso y la obesidad a través de la alimentación. El sector salud ha implementado diversos programas. En 2001, la Secretaría de Salud (SSA) puso en marcha el Programa de Acción Diabetes Mellitus. En México, los planes y programas nacionales de salud incorporan elementos para la prevención y control de la diabetes como

parte de las iniciativas para mejorar las condiciones de vida de los mexicanos (Diario Oficial de la Federación, 2013). En el caso de las funciones clínicas estaba operando el programa denominado PREVENISSSTE, que tenía como objetivo proporcionar atención focalizada en la prevención de enfermedades crónicas incorporando atención nutricional (SSA, 2001), esto de manera conjunta con otras diferentes instancias en salud, como son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y las Unidades de Especialidad Médica de Enfermedades Crónicas (UNEMES-EC) pertenecientes a los Secretaría de Salud (SSA, 2010). Estos programas operaban en toda la red del sistema de salud de México, y se le conocía como Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS). Además, con el mismo fin, al modelo se habían incorporado estudios de ciencia básica, genética, biología, farmacología, etc., pero sin el efecto deseado en cuanto a las prevalencias de sobrepeso y obesidad (Ciangua, 2009).

En estudios previos se documentó el impacto de la alimentación en el control de la obesidad, así como los efectos del control nutricional sobre algunos padecimientos crónicos en integrantes de grupos de autoayuda (Flores, 2016a, Flores, 2016b). Trabajos en los que se evidenció que las representaciones, tanto de salud, como de imagen corporal, afectan la forma de alimentarse (Pérez-Gil & Romero, 2010). Continuando con dicha línea de investigación el propósito de este estudio fue analizar y comprender los motivos que animan a los actores sociales que padecen las enfermedades crónico-degenerativas, a modificar o no sus prácticas alimentarias, así como las representaciones sociales de la alimentación y la salud desde su propia subjetividad.

El concepto de representaciones sociales es el punto de partida para comprender el comportamiento alimentario, permitiendo identificar cómo se llevan a cabo modificaciones en las prácticas alimentarias (Jodelet, 1999) en relación con las concepciones que tienen los actores sobre su salud y el papel de la alimentación para ella. Las modificaciones pueden ser evaluadas a través de variables antropométricas, tales como el peso corporal, o por cambios en variables de tipo bioquímico, tales como la glucosa o el perfil de

lípidos, o fisiológicas, como la presión arterial. Se ha documentado que las modificaciones dietéticas pueden evidenciarse a través de estos parámetros (Bassulto et al., 2008; Molina-Anaya et al., 2016; Moreno et al., 2000); sin embargo, en este estudio se evaluó la modificación de las prácticas a partir del significado que otorgan los actores a la experiencia vivida al adherirse a un plan nutricional y experimentar cambios en la salud/enfermedad.

Metodología

Este estudio se realizó en la ciudad de Cuernavaca, capital del estado de Morelos (México), la cual constituye uno de los 32 municipios con que cuenta el estado. Tiene aproximadamente 365,169 habitantes y concentra la mayoría de los servicios institucionales, incluidos aquellos de atención médica proporcionada por el Estado. Cabe destacar la cercanía de Cuernavaca con la Ciudad de México, además de configurarse como un sitio de tránsito hacia poblaciones de los estados de Guerrero y de Puebla. Las enfermedades endócrinas y nutricionales forman parte de las cinco primeras causas de mortalidad y son prioritarias en la atención médica proporcionada en las instancias de salud.

El trabajo de campo se realizó en una clínica de medicina familiar ubicada en el centro de la ciudad. Anteriormente sus instalaciones eran utilizadas como hospital de primer nivel de atención, pero dado que se generó una nueva unidad hospitalaria, el espacio se desocupó y actualmente funciona como clínica de medicina familiar, con una reciente renovación de la infraestructura. Cuenta con espacio suficiente para consultorios médicos, laboratorios para análisis bioquímicos, oficinas administrativas, comedor y un espacio para activación física. El departamento de enseñanza de la institución autorizó la realización del proyecto. Los participantes fueron informados sobre el mismo y firmaron una carta de consentimiento informado que se elaboró para el estudio.

El procedimiento de la clínica para derivar pacientes al servicio de nutrición iniciaba con la evaluación diagnóstica del médico general, quien los remitía –si lo creía necesario– al médico especialista, y este último era quien finalmente los canaliza al servicio de

nutrición. Todos los participantes del estudio tuvieron un diagnóstico y tratamiento médico para el control de su enfermedad. Fue en el servicio de nutrición en donde los pacientes fueron invitados a participar en este estudio. Por tanto, el apoyo de la nutrióloga encargada del programa PREVENISSSTE fue clave, propició que el trabajo se realizara de manera conjunta. Esta profesional facilitó a las investigadoras un espacio de consultorio, lo cual permitió la interacción diaria por tres meses con los pacientes que estaban en la consulta nutricional por prescripción del médico familiar y que se habían incorporado al PREVENISSSTE; es decir, los pacientes tuvieron acceso al control médico y nutricional, así como a la activación física proporcionada por la clínica, aunque no todos participaban en esta última.

Los pacientes entrevistados fueron presentados por la nutrióloga al equipo de investigación. Participaron en el proyecto quienes estuvieron interesados y tenían disponibilidad de tiempo para las entrevistas. El propósito fue entrevistar pacientes que tuvieran alguna situación de enfermedad, particularmente alguna enfermedad crónica que los hubiese llevado a modificar sus prácticas alimentarias, que fueran mayores de edad y que no tuviesen impedimentos médicos para ser entrevistados. Cabe mencionar que en algunos casos la nutrióloga refirió pacientes que apenas estaban iniciando su tratamiento y que aún no habían alcanzado cambios sustantivos en sus hábitos dietéticos. La decisión de incluir a estos pacientes en el estudio radicó en que esta condición permitiría identificar elementos incipientes del reconocimiento de la enfermedad y su relación con la alimentación. Asimismo, se incluyó a pacientes que aunque no presentaban un diagnóstico de cronicidad, estaban en tratamiento nutricional, ya que el contar con información sobre ellos permitiría evidenciar el tipo de enfermedades asociadas a las prácticas alimentarias, lo cual nos daría pauta a documentar la estrecha relación de la alimentación no solo con la enfermedad, sino como parte de un proceso que implica el cuidado y la prevención, así como documentar algunas otras enfermedades que también están vinculadas a la alimentación.

Se partió de un estudio cualitativo con una aproximación socio antropológica donde se privilegió la

perspectiva del actor (Guber, 2005; Tarrés et. Al., 2014), por lo que se realizaron entrevistas semiestructuradas (Taylor & Bogdan, 1992; Kawulich, 2006), todas las entrevistas fueron grabadas y resguardadas en archivos de audio. Las sesiones duraron tres horas en promedio y en sólo 15 % de los casos se realizó una segunda sesión. Las entrevistas se transcribieron en archivos de texto, después se elaboraron matrices de análisis con los contenidos organizados en dos ejes temáticos: en el primero se identificaron cambios en las prácticas alimentarias, en el segundo eje se consideraron elementos que se vinculaban con estas modificaciones y cómo se relacionan con el padecimiento o enfermedad crónica desde sus representaciones sociales. Se recopiló información por medio de auto reporte de datos antropométricos: edad, peso corporal, estatura. La nutrióloga proporcionó información respecto al tiempo de tratamiento nutricional de los pacientes, aquellos que acudían a atención psicológica y los que asistían al área de activación física. Se mantuvieron entrevistas a profundidad con la nutrióloga, se consideró un actor clave en el proceso, se grabaron entrevistas y en algunos casos se registraron notas de campo.

Las entrevistas sobre las modificaciones en la práctica alimentaria permitieron documentar cambios en el consumo de alimentos, los que se incluyeron o excluyeron, modificaciones en las formas de preparación de la comida, incorporación de otros elementos que favorecían los cambios en las prácticas alimentarias, tales como la realización de actividad física, el comer o el cocinar en casa, entre otros. Se exploró la experiencia ante los cambios dietéticos y el impacto de estos en las condiciones fisiológicas y clínicas que fueron evidenciándose dado el tratamiento nutricional. Se determinó Índice de Masa Corporal y se clasificó según los criterios de la Organización Mundial de Salud (OMS, 2013) utilizando auto reporte de peso y estatura. Se presenta información descriptiva sobre diagnósticos clínicos, variables antropométricas y variables descriptivas relacionadas con el programa. Se determinaron frecuencias según los criterios de inclusión de los participantes: diagnóstico de enfermedad crónica, efectos positivos en la dieta por el tratamiento nutricional y la temporalidad en el programa.

Resultados

Un total de 19 entrevistas semiestructuradas fueron realizadas a seis hombres y trece mujeres. Dos varones iban acompañando a sus esposas, y de estos solo uno estaba en tratamiento nutricional. Un hombre era adolescente con obesidad que iba acompañado de su madre, quién también estaba en tratamiento nutricional. Los varones llevaban, en promedio, bajo tratamiento nutricional 2.2 años, mientras que las mujeres solo reportaron un año.

La edad promedio de los participantes fue 45 años, en los hombres fue 40 años y en las mujeres 55 años. En éstas, el índice de masa corporal promedio fue 27 y en los hombres fue 31. Según este indicador, los varones presentaban obesidad tipo I. El diagnóstico clínico de los participantes fue del 31.6% con diabetes tipo II, los que presentaron sobrepeso y obesidad fue de 36.8%, enfermedades diagnosticadas con gastritis ulcerosa, cirrosis, hernia Hiatal representaron el 21.1% y el 10.5% tenían el diagnóstico de bajo peso.

El tratamiento nutricional que parte del programa PREVENISSSTE integraba el aspecto médico, psicológico y de activación física. Los participantes tenían programadas consultas psicológicas. Sin embargo, no todos tienen continuidad, el 36.8% reportaron haber asistido a atención psicológica. En el caso de la activación física, algunos se integraban a la sesión, otros realizaban actividad física de forma externa al programa y otros no realizaban ningún tipo de actividad, el 78.9% reportaron realizar actividad física. (Véase Tabla 1).

Los pacientes que tuvieron efecto en el tratamiento nutricional fueron el 58%, estos pacientes integraban la actividad física como parte del tratamiento integral y representaban un 82%. Los pacientes que no mostraban un diagnóstico de cronicidad, pero tuvieron efectos en el tratamiento nutricional fueron el 10.5%. El promedio de tiempo en tratamiento nutricional de estos pacientes fue de 2.1 años en promedio. Los padecimientos asociados a modificaciones dietéticas fueron diabetes, osteoporosis y bajo peso en un periodo de tiempo menor o igual a 6 meses, el 42.9 % de estos pacientes tuvieron efectos positivos en sus prácticas dietéticas. (Véase Tabla 2).

Tabla 1. Datos generales de los participantes del estudio

Diagnóstico	Edad (años)	Sexo	Peso (kg)	IMC actual	Tiempo bajo tratamiento	Efectos de la dieta	Activación física*	Atención Psicológica	Estado civil	Escolaridad
Bajo peso/ gastritis y es alcohólico (EV1)	60	h	60	20	2 meses	No	No	Si	Divorciado	Arquitecto
Diabetes (EV2)	55	h	70	23	10 años	Si	Si-E	No	Casado	Profesor de primaria
Diabetes y problemas de columna (EV3)	56	h	60	23	2 años	Si	Si-E	No	Casado	Profesor de geografía
Sobrepeso (EV4)	14	h	89	27	1 año	No	Si-E	Si	Soltero	Secundaria
Obesidad tipo II (EV5)	30	h	125	36	1 año	Si	No	No	Casado	Ingeniero industrial
Obesidad mórbida (EV6)	49	h	179	56	20 años	No	Si-E	No	Casado	Técnico industrial
Bajo peso (EM7)	21	m	42	16	2 meses	Si	No	Si	Soltera	Estudiante de normal
Diabetes/ obesidad tipo I (EM8)	52	m	76	31	2 años	Si	Si	No	Casada	Profesora de primaria
Diabetes/ sobrepeso (EM9)	53	m	67	29	4 meses	No	Si	No	Casada	Profesora
Diabetes/ sobrepeso (EM10)	46	m	65	27	8 meses	No	Si	No	Casada	Secundaria
Diabetes (EM11)	59	m	65	25	6 meses	Si	Si	Si	Casada	Primaria
Exceso de peso (EM12)	58	m	68	28	2 años	No	Si	No	Divorciada	Técnica en agronomía
Exceso de peso (EM13)	45	m	59	20	1 año	Si	Si	No	Casada	Primaria
Gastritis ulcerosa, problemas en la piel (EM14)	67	m	67	29	2 años	Si	Si	Si	Casada	Primaria
Gastritis ulcerosa, probable cirrosis (EM15)	64	m	46	20	1 mes	No	Si-E	No	Casada	Secretariado
Obesidad tipo II (EM16)	58	m	85	38	1 año	Si	Si	No	Divorciada	Profesora
Obesidad Tipo I (EM17)	65	m	80	34	4 años	Si	Si-E	No	Casada	Sin preparación formal
Osteoporosis (EM18)	56	m	49	25	1 mes	Si	Si-E	Si	Viuda	Preparatoria

Tabla 1. Datos generales de los participantes del estudio

Diagnóstico	Edad (años)	Sexo	Peso (kg)	IMC actual	Tiempo bajo tratamiento	Efectos de la dieta	Activación física*	Atención Psicológica	Estado civil	Escolaridad
Úlcera gástrica, Hernia Hiatal, metaplasia intestinal (EM19)	68	m	71	30	2 meses	No	No	Si	Viuda	Maestra

* Actividad física, realizaron actividad física incorporándose a las actividades del programa PREVENISSSTE “Activación física”. Aquellos que incorporaron una práctica de actividad física fuera del programa (E).

Tabla 2. Pacientes que reportaron menos de 6 meses en tratamiento dietético

Indicadores de inclusión	% (n)
Pacientes con efectos en el tratamiento nutricional	57.9 (11)
Pacientes con $\leq$ de 6 meses en tratamiento nutricional	36.8 (7)
Pacientes con $\leq$ de 6 meses en tratamiento nutricional y efecto positivo en la dieta	42.9 (3)
Pacientes con $\leq$ de 6 meses en tratamiento nutricional <u>con diagnóstico</u> de enfermedad crónica y efecto positivo en la dieta.	28.6 (2)
Paciente con $\leq$ de 6 meses en tratamiento nutrición <u>sin</u> diagnóstico de enfermedad crónica y efecto positivo en la dieta	14.3 (1)
Paciente con $\leq$ de 6 meses en tratamiento nutricional <u>sin</u> diagnóstico de enfermedad crónica y <u>sin</u> efectos en la dieta	14.3 (1)

Fuente: Elaboración propia.

Cambios en las prácticas alimentarias a través del tratamiento nutricional

Lograr cambios en las prácticas alimentarias resultó difícil para algunos entrevistados, para otros no. De hecho, identificamos participantes que lograron cambios sustantivos e importantes en beneficio de su salud. Según pudimos observar, el nutriólogo tuvo un papel relevante en el éxito respecto a las modificaciones alimenticias y el apego al tratamiento.

El papel de este actor fue vital, requirió de convencer al paciente y “conquistarlo” para que pueda cambiar la práctica dietética. En los casos analizados, la nutrióloga ejerció un papel determinante en la adhesión al tratamiento de los pacientes. Su abordaje no estaba centrado sólo en la cuestión de los alimentos, su enfoque era más integral e individualizado, de tal suerte que se aproxima al paciente diferenciándolo de los demás, por lo que busca conocerlo, saber cómo vivía, qué hacía, cuáles eran sus actividades, con quién

vivía, había un interés por conocerlo. En su propio entender, buscaba “*enamorar al paciente*”.

Una de las estrategias de acercamiento a los pacientes por parte de la nutrióloga consistía –si lo consideraba pertinente– en darles seguimiento semanal, omitiendo la regla institucional para las citas de seguimiento, que con frecuencia se otorgan con varios meses de distancia. El seguimiento semanal favoreció en gran medida el apego a la dieta, contribuyó y reforzó el comportamiento alimentario, además alentó a los pacientes a incorporar otras actividades, como la actividad física, para coadyuvar a la pérdida de peso. En este sentido, la nutrióloga no sólo se centró en proporcionar recomendaciones dietéticas sino también incorporó la actividad física como un elemento más del tratamiento, si bien era parte del programa no todos acudían a la sesión en la institución. La siguiente cita se observa el interés en el paciente por parte de la doctora y en general sobre la importancia de la

atención que deberían prestar los profesionales de la salud a los usuarios de sus servicios.

“¡Me enojaba yo, me enojaba, lloraba! Porque decía... hasta una vez lloré ahí en la mesa y le digo a mi esposo: “¡meramente que me mueran!, así como estoy, le digo, ¡no quiero bajar de peso!, le digo: ¡ya no voy a ir!” – si quieres hay que hablarle a la doctora, vamos y le dices que ya no quieres ir con ella, no hay problema, dice, aja, pero es para tu bien, yo le decía: ¡es para tu bien! [Esposo] ¡Entonces la doctora nos citaba cada ocho días, cada ocho días! [] Hasta me gané un, una, con las enfermeras, que me quieren bastante, me gané unas, un botiquín de agradecimiento, que estaba bajando, aja, que estaba bajando” [EM17]

En la clínica, y dentro del programa de PREVENISSSTE, se proporcionaba el servicio de activación física de manera gratuita. El espacio que se les asignaba permitió, no solo ayudar al tratamiento nutricional, también fue un ámbito donde los pacientes encontraron soporte al interactuar con otras personas en su misma o parecida condición. Es un espacio que les permitió compartir vivencias, generando empatía y amistad, en donde la socialización favoreció el apego al tratamiento.

Ha servido muchísimo, ¡muchísimo me ha servido! Porque tengo amistades conmigo, porque allá con mi esposo ¡era una presión! (...). Me tomé mi yogurt (...), con lo que tenga de fruta y me como mi yogur antes de venirme a mi ejercicio, acabando de mi ejercicio, mi botellita de agua, tomo mi agua, me como mi frutita y compartimos con los amigos aquí [refiriéndose a los amigos que ha generado en la activación física].! ¡Ya, no lo dejo! aquí también convivimos entre nosotros. Tengo mis amigos, nos ayudamos y veo que Lolita avanzó y digo: yo también puedo. (EM12)

La nutrióloga sabía que el éxito que podía tener con sus pacientes le proporcionaba el reconocimiento y legitimidad con sus compañeros, particularmente

médicos. Sabía que su trabajo implicaba un esfuerzo que iba más allá de los requerimientos institucionales, no solo para garantizar su permanencia, sino también para contar con la confianza y credibilidad de sus compañeros. El tratamiento nutricional implicó el manejo alimentario, el control médico, el apoyo psicológico y de actividad física, conocido como “activación física”. Los pacientes fueron referidos por el médico general al especialista y de ahí al programa PREVENISSSTE, donde en primera instancia fueron atendidos por la nutrióloga y derivados a las áreas de apoyo.

“El hecho que los pacientes logren modificar sus hábitos es para mí una forma de que se crea en mi trabajo. Ese es siempre el problema, que la gente minimiza el tratamiento nutricional. Aun los médicos, aquí también tengo de demostrarlo para tener credibilidad (...). Tenemos varios casos, la señora *Gonzalez*, la conocen todos, bajó mucho de peso, también el señor *Rodriguez*, todos los casos en que hemos logrado control de peso a través del programa son logros, hacen que se crea en el tratamiento nutricional. La consulta está llena, es parte del esfuerzo de hacer un trabajo conjunto (...) no es solo trabajo mío, se tienen que trabajar todos los aspectos: actividad física, aquí se da la activación física (...) la contención emocional, hay un problema de estrés que se canaliza en la comida (...) se puede referir al paciente al área de psicología (...) el tratamiento es integral” (NT).

Este abordaje permitió que se evidenciaran resultados importantes en los pacientes, según los parámetros nutricionales de peso corporal. Se identificaron cambios favorables según auto-reporte en más del 58% de los participantes (Tabla 2) a pesar de que expresaron, como se verá, tuvieron algunas dificultades para incorporar variedad y diversificar alimentos. La mayoría incorporó a su dieta vegetales y frutas, en una proporción mayor que antes del tratamiento, aunque refieren que los mismos eran habitualmente consumidos. Reportan un incremento en el consumo de vegetales, con una disminución, y en algunos casos eliminación, de alimentos con alta cantidad calórica derivada de azúcares o grasas.

“Yo me como la verdura cruda, nopales, calabacitas, como nos ha dicho la doctora: calabacitas cómalas crudas, cuando esté estreñida, coma calabacitas crudas. La fruta debe de ser, este... no madura, las manzanas verdecitas, plátano también”. [EV5]

“...le bajé ya a la leche, *lechera* [leche con una gran cantidad de azúcar, se le denomina leche condensada y coloquialmente se le conoce como lechera], le bajé ya a las galletas, ya...de hecho, ya no compro galletas (...) sí le bajé ya a los cereales. Ahora ya compro, por ejemplo, el cereal que tiene fibra, grano integral, ya ni de las *nutrigras* [refiriéndose a una marca de barras de cereal industrializado], ni de esas...no, ni de salvado... nada... *navisco* [Marca mexicana de galletas] nada más compro porque está en el plan de alimentación incluidas, y nada más debo comer cinco galletas, saladas, cinco saladas... aunque me coma un paquete, les quito toda la sal, todo...toda la sal...”. [EM9].

No obstante, en relación con la compra de alimentos, los pacientes hablaron del costo que les implicaba comprar alimentos bajos en grasa, productos integrales, y una variedad de frutas y verduras. Percibieron que era caro alimentarse saludablemente:

“En mi alimentación estoy gastando... yo, por ejemplo, con 200 pesos me compro... traigo un costal, así una arpilla [se le denomina al recipiente, bolsa o costal donde deposita los alimentos] de verdura...con menos...180, depende de cómo estén los costos. Por ejemplo, ahorita está cara la papa...pero ahorita, con la época de lluvia, se ponen muy cara las verduras verdes, se deterioran muy rápido; por ejemplo, las espinacas, se ponen muy caros los nopales, la lechuga...de tanta agua, sí se pone muy caro eso, y generalmente todo lo que son hierbas verdes lo compro en el *super* [refiriéndose a la tienda donde compra sus alimentos], como que me da más confianza, porque en el mercado luego las compro con muchísima tierra, mucha tierra... aunque son más caros”. [EV5]

“La verdad es caro, yo lo veo, por eso mucha gente se niega hacer dietas, son caras, nosotros porque toda la familia nos sujetamos a la dieta, (...) buscar donde es más barato, que me voy al mercado, temprano porque allá es más barato comprar por mayoreo” (EV2).

Entre alimentos, comidas y salud

Para algunos de los participantes los cambios en la dieta fueron “buenos”, experimentaron, desde conocer nuevos productos, hasta probaron alimentos y comidas diferentes, que nunca habían consumido. Esta experiencia les permitió empezar a relacionarse de otra manera con su alimentación, fue para ellos “una forma de consentirse y cuidarse”, “hacerse conscientes de lo que están comiendo”; pero para otros, les resultó complicado incorporar alimentos nuevos a los cuales no estaban acostumbrados.

“Pues no he sentido, no...pues no, a mí no me gusta mucho la fruta, la verdura. Le voy a ser sincera, hervida y todo eso... ¡ya la odio!, me la como por necesidad, mejor me ando haciendo un nopal asado, es lo que me gusta...” [EM8]

“...nada más que a veces dice uno ¡ya me fastidié! y quiero comer ¡macizo! [Palabra coloquial para referir que extraña lo que comía anteriormente] que la tortilla, que el pancito, que los guisados” [EV4]

Cabe mencionar la distinción entre la accesibilidad de los alimentos frente a la disponibilidad y el consumo. La accesibilidad se vio limitada por el factor económico, y aunque podía haber disponibilidad, no necesariamente se traducía en consumo. Los gustos y las preferencias por determinados sabores, alimentos y características de preparación no son fáciles de dejar. Estos se han consumido desde siempre, se creció con estos sabores, se prefieren, y en algunos casos se anhelan. Los interlocutores son explícitos sobre este tema:

“Luego nos invitaban, unas tortillas ¡Que hacen así de grandes!, pero me fui ¡arriba! Me acuerdo de que pesaba 76, cuando llegué, 82, me dijo la doctora: ¿qué le paso?... ¡no! pues la verdad es que no los podía dejar (de comer) (EM9)

“Cuando le hacía las verduras me decía ¡hazlas capeadas, con su mayonesa! {Se ríe} ...nos gustaba salir, un tiempo íbamos a comer fuera, nos íbamos...puro frito, ¡bien rico! Nos gusta la comida mexicana, ya sabe cómo es...esta uno impuesto, pues, es difícil cambiar, ha sido difícil pero estamos apoyándonos (EV2 y EM9)

“Mucho el pan de dulce, lo veo y ¡ay! ¡Lo veo y se me antoja mucho! Mis nietos como van y luego: “abuelita, como saben que me gusta, trajimos pan, no quieres un pedacito, comete un pedacito, no te va a ser mal”, no hijos, ¡váyanse, váyanse!, refresco, la coca, pero ya no, no la tomo, de sabor, nada” (EM14)

Aunado a la añoranza de los alimentos que estaban acostumbrados a comer, viene la sensación de que los alimentos y las raciones prescritos no llenaban, que se quedan con hambre:

“Al principio si, al principio sí, pero se va uno acostumbrando, ya este, con lo que como y desayuno, es pues, lo que como, en la noche si pues me quedaba con hambre, estaba acostumbrado a cenar bien, ahora es muy ligero, un licuado, un cereal, una fruta, pues estoy aprendiendo a comer, pues durante mucho tiempo no comía bien, uno comía, cada vez que tiene uno hambre come, me decía la doctora que como experiencia que comiera esto o lo otro, y le digo: “señorita si le hago una observación a usted” ¿por qué? mire, me toca estos alimentos, yo a las 10 de la mañana comía un tamal y un atole y ahorita usted me está diciendo que coma esto, y usted se está tomando un atole y un tamal ...” (EV3)

“Eh, lo único es en la tarde, como que, entre cinco o seis de la tarde que me entra, como que ¡me

da mucha hambre!, prefiero yo, quiero comer algo pesado, porque siento que está muy ligero todo, pero, este, me paro, me busco así una fruta, o me hago un tecito ahí estoy saboreándolo, pero sí como que siento que me queda un espacio... Me hice, este, un licuado de fresa con, con leche, pero más fue que me hice un, este, un, una taza de atole de avena, me hice una taza de atole de avena y, este, tenía ahí unas fresas y dije venga me voy a probar con las fresas y terminó siendo un licuado y me lo tomé y terminé ya más tranquila, ah y con un pan integral, tostado...pues sí me da hambre...es que está uno acostumbrado a comer mucho” (EM9)

Los actores cuyos cambios en la dieta fueron radicales, se observó eliminaron alimentos, preparaciones y bebidas de su alimentación. Estos cambios implicaron, la percepción de beneficios en la salud, independientemente de modificaciones sustantivas en el peso corporal. El hecho de modificar, disminuir o eliminar el consumo de algunos alimentos -en su mayoría alimentos altamente calóricos- fue evidencia de la intención de apego al tratamiento.

“...pues refresco, que el pan...más que nada la carne...ella [haciendo referencia a la esposa] es de familia que come mucha carne, toda su familia come mucha carne...de dos piezas” (EM19)

“...mole (preparación típica mexicana)! ¡Me encanta! ¡Tamales nejos! (alimentos típicos de la región del sur de México), todo eso ¡son bien ricos! Mole verde, tamales de puerco... todo eso. Ahora me los como, pero a la tardada (pasa tiempo para que los consuma), dos, uno” [EM16]

“...pues yo hasta la fecha no las puedo comer [verduras, hace referencia al brócoli y los nopales] ¿verdad? ¡Ella [esposa] ya hasta se acostumbró, hasta se come los nopales crudos...! [EM14]

Si bien el factor económico tuvo un papel fundamental en la modificación de la dieta y la incorporación

de los alimentos prescritos, otro factor importante para el apego al tratamiento estuvo relacionado con la etapa de vida en la que se encontraban. La mayoría de ellos eran recién jubilados, esta situación facilitó en cierta medida la adopción de la dieta prescrita, porque fue el momento en que se percibió la disponibilidad de tiempo para atenderse. Aunque la enfermedad se había diagnosticado antes de la jubilación, no se habían tomado las medidas para remediarla, al menos no en términos de cambios o modificaciones sustantivos en la dieta. El contar con tiempo suficiente para “atenderse” fue un sentir común en los participantes jubilados, particularmente porque en algunos casos “estar en casa” todo el tiempo tuvo implicaciones negativas para ellos; no se acostumbran, les costaba trabajo, o hasta reportaron se habían deprimido; mientras que, para otros, la jubilación coincidió con la necesidad de atenderse: “era necesario”, “ya les hacía falta”.

“Así, así bien, bueno es que siempre me decían que era pre diabética y tiene poco que empecé a salir más alta, aunque si me cuidaba y todo, pues yo pienso que ha sido tanto problema de lo emocional, no, porque, porque de la dieta pues si trate de cuidarme, casi siempre, no podía bajar de peso porque mis horarios de comida pues no estaban así muy organizados, cuando trabajaba, en el 2006, cuando me dieron la doble plaza, (...) a veces no tenía ni tiempo de comer y comía. Trabajaba de las ocho a la una en una escuela y de la una y media a siete en otra escuela. Después ya, cuando, en el 2009 o 2010, no 2009 creo, ya estuve en una sola escuela con los dos turnos, y ahí ya era más fácil, pero ahí ya casi me iba a jubilar. Cuando me jubilé, yo no quería todavía jubilarme, pero pues si veía que mi mamá requería la atención... Si partir de ahí, empezamos ponerme atención, (...) con la dieta y hago ejercicio, empezamos pues a correr, caminar, ya ahorita, voy a un gimnasio, porque antes lo tomaba, lo dejaba...estamos nadando” (EV3)

“Pues me tenía que cuidar, pero con eso de que uno trabaja y que los ajetreos en la vida le ayudan a uno y que le daba una prioridad al tra-

bajo, en lugar que a mí...tengo el tiempo para cuidarme, la comida, tener tiempo de disfrutar, siempre corriendo, es bien pesado... (EM8)

“desde que me jubilé, en cuanto me jubilé, yo necesitaba hacer eso, pero hay cosas que no se hacen cuando uno tiene el trabajo, entonces, como que no, no me alcanzaba el tiempo y ahora que ya tengo tiempo y vi, entonces, cuando me jubilé andaba arreglando documentos ...empecé a cuidarme, hacer yoga... entonces dije: me voy a ese grupo, me apapacharon, me hicieron sentir bien, que no tuve tiempo de llorar, haber dejado mi familia anterior, que era mi trabajo, y me siento bien, me siento muy bien” (EM18)

Finalmente, aquellos pacientes que modificaron su alimentación externaron tener beneficios en su salud con una disminución en la sintomatología de la enfermedad. El apoyo psicológico y la activación física también tuvieron un papel relevante. En el caso de la activación física no todos participan, pero si implementaron de forma externa este componente. Los participantes tuvieron una consulta psicológica, aunque no todos tuvieron seguimiento. El control médico permitió el control y seguimiento de la enfermedad. Los efectos percibidos como beneficios del tratamiento nutricional del programa PREVENISSSTE se vieron reflejados en aquellos que padecían diabetes, sobrepeso, obesidad mórbida, gastritis ulcerosa y osteoporosis.

“Muy buena, porque aquí me aclaro muchas cosas que yo no tenía conocimiento de la dieta, y este, es muy clara lo que determina y con la nutrióloga del seguro fue más confusa, como que lo que nos dio se nos hizo más complicado, y aquí ya viene la guía muy clara, ya vio que ahora si perdí peso...fue más fácil” (EM16)

“Este, me sentí bien porque la doctora me dijo que no había nada, no había mucho que hacer conmigo, por la razón de que voy manteniendo siempre por mi osteoporosis, como mucha verdura y todo, y me hizo sentir bien, si, lo que me prescribió perfecto, me agradó” (EM18)

“¡Mucho mejor! Me funcionó y bueno, tal vez las dietas, a veces me llego a inflamar, pero no a comparación de antes, pues me inflaba mucho sí, (...) todo eso y ahorita pues ya me siento mejor” (EM14)

Discusión y conclusiones

Modificar el comportamiento alimentario es medular para el control de enfermedades, particularmente enfermedades crónicas que tienen asociación directa con la alimentación, ésta continúa representando, de forma ambivalente, la noción de cura y control de la enfermedad, pero también de causa.

Los actores entrevistados identificaron alimentos nocivos causantes de descontrol, y reconocieron la existencia de otras opciones alimentarias que conllevan a la salud. Distinguieron los alimentos sanos de los que no lo son. Los cambios dietéticos se vieron reflejados en más de la mitad de los participantes que presentaron un diagnóstico de diabetes tipos II, gastritis ulcerosa, osteoporosis, obesidad y sobrepeso. La actividad física y la modificación dietética se constituyeron elementos que representan de forma indirecta o directa efectos en salud. En este sentido, se puede concluir que los cambios en la práctica alimentaria se generan por la enfermedad que se padece, es ésta la que lleva a modificar los hábitos dietéticos para conseguir recuperar la salud. Los cambios que identificamos consisten en la modificación de la cantidad y el tipo de alimentos que se acostumbraba a consumir. Aunque evidenciamos el papel que tienen la actividad física, el apoyo psicológico, la socialización y las redes de apoyo, como elementos que se han observado pueden favorecer u obstaculizar el apego al tratamiento nutricional prescrito (Bartoli, 2005, Correa & Gómez, 2011).

Los principales factores percibidos como obstáculos fueron el elevado costo económico del tratamiento, porque los alimentos recomendados se percibían como caros. Además, ha algunos no les gustaban las frutas ni las verduras, añoraban las calorías de la comida mexicana y sus carbohidratos. Distinguiéndose en estos casos por el contenido calórico en las preparaciones, particularmente asociado a las comidas

fritas, empanizadas y que integran alto contenido de grasa de origen animal y grasa trans- crema, mayonesa- entre otras. (Ibarra, 2016 y Parra, 1996). Se observó una dieta en transición entre la comida industrializada y la comida mexicana (Torres y rojas, 2018). La cual dista considerablemente de la noción de “dieta tradicional mexicana” que, se ha documentado, incluye una mayor proporción de frutas, vegetales, carbohidratos complejos y es rica en fibra (Neuhoser, Thompson, Coronado & Solomon, 2004)

El gusto y la preferencia por determinados sabores influyeron en la incorporación de nuevos alimentos y la exclusión de otros. Por eso se dificultaba llevar el régimen a rajatabla, ser disciplinados y constantes, no caer en las tentaciones ante los olores y sabores conocidos. Además, como ellos mismos dicen, estaban acostumbrados a comer cuando tenían hambre y no cuando la nutrióloga lo consideraba propicio. Someterse a un régimen alimenticio en toda regla requirió de disciplina, dinero y tiempo y ellos lo perciben como tal. Por eso los jubilados observan que ahora tienen más tiempo para atenderse que cuando estaban activos, trabajaban todo el día y no podían comer en casa, motivo por el cual en el pasado abandonaron el programa.

Desde la óptica de los participantes, los factores que propiciaron el apego a la modificación en las prácticas dietéticas fueron ante todo de carácter motivacional: los cambios positivos que percibieron en su salud conforme avanzaban el tratamiento, y en la salud de los demás. La terapia nutricional, si bien costó esfuerzo y dinero, se adoptó como forma de vida cuando los pacientes empezaron a percibir sus efectos en la salud. En los participantes que se apegaron al tratamiento nutricional disminuyó la sintomatología de la enfermedad -dolor muscular, facilidades motoras para caminar y moverse, disminución en las molestias gastrointestinales y control glucémico. Estos eventos han sido documentados por Flores, 2016a, González & Pisano, 2014 en padecimientos relacionados con modificaciones alimentaria en pacientes diabéticos y con obesidad mórbida.

Encontramos otro elemento que contribuyó a continuar el tratamiento nutricional: el componente de la actividad física, que era parte del programa PREVENISSSTE, aunque no lo realizaban todos dentro del

programa, lo incorporaban por fuera. En este sentido, la convivencia con otros actores de su misma condición en la actividad física – ver que hubiera gente que logra llevar el régimen y bajar de peso, los animaba a seguir con el mismo-. La actividad física tuvo un papel significativo en términos de socialización: la dinámica de compañerismo y amistad que se generó cuando se realizaba, y que ha sido documentada por otros autores (Orozco-Beltrán, Mata-Cases, Artola, Conthe, Mediavilla & Miranda, 2016). La activación física configuró elementos que fortalecieron el tratamiento nutricional, evidenciado por Burgos, Henríquez-Olguín, Ramírez-Campillo, Mahecha & Cerda-kohel, 2017, particularmente en aquellos que recién se habían integrado al programa

Otro factor positivo fue la intervención de la nutrióloga, brindó una atención personalizada, aunque esto implicó una cierta ruptura en las reglas sobre el número y la frecuencia de consultas que debía otorgar diariamente. Resultó evidente la importancia del seguimiento y el acompañamiento integral del tratamiento nutricional por parte de los profesionistas a cargo, como medida que favoreció dicha adopción, independientemente de la gravedad de la enfermedad. El manejo integral de los pacientes con obesidad es reconocido (Huelgas, et al., 2015; Gómez et. al., 2015; Álvarez, Escribano, Trifu, 2016, Bastián, Cervantes, Díaz & Chávez, 2017) como indispensable para el manejo de enfermedades crónicas. Hernández, Núñez, Rivas y Álvarez (2003) señalaron en un estudio que evaluó la influencia de un programa integral nutricional que incluyó tratamiento nutricional, psicológico, actividad física, educación para la salud y control médico, en pacientes obesos con resultados favorables, reflejados en la disminución del IMC y variables asociadas a la presión arterial.

Lerma, Álvarez, Nazar y Mondragón (2016) y Jaramillo-Sánchez, Espinosa-de Santilla y Espíndola (2012) han documentado importancia de la influencia familiar en el control de alimentos. En el estudio, también encontramos que el apoyo familiar en general, y particularmente de las mujeres de la familia, esposas y madres, juega un papel importante, tanto para el apego al tratamiento como para el control o continuidad de este. En caso de las parejas cuyos ambos integrantes estaban en el programa, les resultó más

fácil apegarse al régimen alimenticio, ya que se animaban mutuamente a seguir.

Con todo y las dificultades percibidas, el tratamiento nutricional integral favoreció cambios en las prácticas dietéticas, así como en el control de las enfermedades crónicas de los afectados entrevistados. Sin embargo, las conversaciones con ellos se llevaron a cabo durante su participación en el programa, haría falta un seguimiento continuo y prolongado para evaluar resultados a largo plazo.

Referencias

- Álvarez, J., Escribano, P., & Trifu, D. (2016). Tratamiento de la obesidad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(23), 1324-1336. <https://doi.org/10.1016/j.med.2016.12.002>
- Astrup, A., Dyerberg, J., Selleck, M., & Stender, S. (2008). Nutrition transition and its relationship to the development of obesity and related chronic diseases. *Obesity Reviews*, 9, 48-52. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00438.x>
- Bastián, M. D. C. S., Cervantes, A. P. M., Díaz, N. M., & Chávez, S. M. (2017). Estado nutricional y control metabólico en pacientes diabéticos. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 16(1), 7-18. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n3.60060>
- Basulto, J., Bultó, L., Chamorro, M., Lafuente, C., Martín, E., & Porta, G. (2008). Análisis de un programa de pérdida de peso con sustitutos de comidas sobre el control del peso y de parámetros bioquímicos en pacientes con sobrepeso y obesidad grado I. *Nutrición Hospitalaria*, 23(4), 388-394.
- Bartoli, P. (2005). Waiting for the doctor? Reflections on a medical anthropological research in Mexico. *Revista de Antropología Social*, 2005(14), 71-100.
- Blanco-García, I., & Florence, T. R. (2016). Frentes culturales: una aportación teórica y metodológica al estudio de la alimentación. *Razón y Palabra*, 20(94).
- Burgos, C., Henríquez-Olguín, C., Ramírez-Campillo, R., Mahecha Matsudo, S., & Cerda-Kohler, H. (2017). ¿Puede el ejercicio físico per se disminuir el peso corporal en sujetos con sobrepeso/obesidad? *Revista médica de Chile*, 145(6), 765-774.
- Ciangura, C. (2009). Fracaso del tratamiento de la obesidad. *EMC-Tratado de Medicina*, 13(3), 1-5. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(09\)70539-2](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(09)70539-2)
- Correa, M. E. B., & Gómez, L. H. (2011). Representaciones sociales, prácticas curativas y papel de las madres y

- padres en la atención a la salud, Paraíso del Grijalva, Chiapas, México. *Medicina Social*, 6(1), 13-25.
- Diario Oficial de la Federación. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013
- Duffey, K. J., & Popkin, B. M. (2007). Shifts in patterns and consumption of beverages between 1965 and 2002. *Obesity*, 15(11), 2739-2747. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.326>
- Flores, L. (2016a). Perspectiva antropológica de los trastornos de la alimentación: El caso del atracón. *Estudios Sociales*, 25(47), 115-141.
- Flores, L. (2016b). Construcción de identidades: Relaciones entre género, alimentación y cuerpo. *Vórtice*, 3(2), 16-17.
- Gómez Huelgas, R., Gómez Peralta, F., Carrillo Fernández, L., Galve, E., Casanueva, F. F., Puig Domingo, M., ... & Artola Menendez, S. (2015). Hacia un manejo integral del paciente con diabetes y obesidad. Posicionamiento de la SEMI, SED, redGDPS, SEC, SEEDO, SEEN, SEMERGEN y SEMFYC. *Revista Clínica Española*, 215(9), 505-514.
- González, M. M. P., & Pisano, A. G. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería clínica*, 24(1), 59-66.
- Guber, R. (2005). *El salvaje metropolitano: Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Barcelona, España: Paidós.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health and illness*. CRC press. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540260701284588?journalCode=iirp20>
- Hernández, R., Núñez, I., Rivas, E., & Álvarez, J. A. (2003). Influencia de un programa de rehabilitación integral en pacientes hipertensos obesos. *Rev Digital de Buenos Aires*, 9(59).
- Hu, F. B., Rimm, E. B., Stampfer, M. J., Ascherio, A., Spiegelman, D., & Willett, W. C. (2000). Prospective study of major dietary patterns and risk of coronary heart disease in men-. *The American journal of clinical nutrition*, 72(4), 912-921. <https://doi.org/10.1093/ajcn/72.4.912>
- Huelgas, R. G., Peralta, F. G., Fernández, L. C., Galve, E., Casanueva, F. F., Domingo, M. P. & Menendez, S. A. (2015). Hacia un manejo integral del paciente con diabetes y obesidad. Posicionamiento de la SEMI, SED, redGDPS, SEC, SEEDO, SEEN, SEMERGEN y SEMFYC. *Revista clínica española*, 215(9), 505-514. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2015.07.003>
- Ibarra, L. S. (2016). Transición alimentaria en México. *Razón y Palabra*, 20(94).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Anuario estadístico y geográfico de Morelos, México*. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/sedia/biblio/usieg/mapas/mor_map.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Estadísticas de mortalidad*. Disponible en <http://www3.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/303>
- Jaramillo-Sánchez, Rosalba, Espinosa-de Santillana, Irene, Espíndola-Jaramillo, Ilia Angélica, Disminución de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad o sobrepeso. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* [en línea] 2012, 50 (Septiembre-Octubre): [Fecha de consulta: 22 de octubre de 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745497007> ISSN 0443-5117
- Jodelet, D. (1999). La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Pensamiento y vida social: Psicología social y problemas sociales* (pp. 469-494). Barcelona, España: Paidós.
- Kawulich, B. (2006). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum: Qualitative Social Research*, 6(2), 2-5.
- Lerma, M., Sofía, N. P., Álvarez Gordillo, G. D. C., Nazar Beutelspacher, D. A., & Mondragón Ríos, R. (2016). Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 24(47), 380-409.
- Lopez, C., Jaramillo, C., Jaime, E., Murcia, B. & Sánchez, D. (2005). Prevalencia de la enfermedad renal y entidades asociadas una base para la promoción de la salud en la población de Simijaca. *Revista Facultad de Medicina Universidad del Bosque*, 10(1), 64-70.
- Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Garrido-Latorre, F., Jiménez-Corona, A., Campuzano-Rincón, J. C., Franco-Marina, F., et. al., (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 55(6), 580-594.
- Millán L.C., García M., Tebar M. D., Beltrán R.L., Banegas, J. R., & García P. J. (2015). Obesidad y episodios vasculares en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Española de Cardiología*, 68(2), 151-153.
- Molina-Ayala, Rodríguez-González, A., Albarrán-Sánchez, A., Ferreira-Hermosillo, A., Ramírez-Rentería, C., Luque-de León, E., et al. (2016). Características clínicas y bioquímicas de pacientes con obesidad extrema al ingreso y un año después de someterse a cirugía bariátrica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(2), 118-123.
- Moral, P., Gascón, M., & Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales: Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72, 45-70. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>

- Moreno, M., Manrique, M., Guzmán, S., Maiz, A., Patiño, C., Valdés, R. et al. (2000). Cambios en los factores de riesgo metabólicos en pacientes obesos en tratamiento. *Revista Médica de Chile*, 128(2), 193-200. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000000200009>
- Moreno-Altamirano, L., García-García, J. J., Soto-Estrada, G., Capraro, S. & Limón-Cruz, D. (2014). Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 77(3), 114-123. <https://doi.org/10.1016/j.hgmx.2014.07.002>
- Moreno-Altamirano, L., Silberman, M., Hernández-Montoya, D., Capraro, S., Soto-Estrada, G., García-García, J. J., & Sandoval-Bosh, E. (2015). Diabetes tipo 2 y patrones de alimentación de 1961 a 2009: Algunos de sus determinantes sociales en México. *Gaceta Médica de México*, 151(3), 354-68.
- Navarro, G. & Ardiles, L. (2015). Obesidad y enfermedad renal crónica: Una peligrosa asociación. *Revista Médica de Chile*, 143(1), 77-84. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000100010>
- Neuhouser, M. L., Thompson, B., Coronado, G. D., & Solomon, C. C. (2004). Higher fat intake and lower fruit and vegetables intakes are associated with greater acculturation among Mexicans living in Washington State. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(1), 51-57. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2003.10.015>
- Organización Mundial de Salud/Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura. (2003). Reporte técnico, Serie 916. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Ginebra, Suiza. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2013). 10 Datos sobre las enfermedades no transmisibles. Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/. Consultado el 13/02/2018.
- Orozco-Beltrán, D., Mata-Cases, M., Artola, S., Conthe, P., Mediavilla, J., & Miranda, C. (2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Atención Primaria*, 48(6), 406-420.
- Osorio, R. (2001). *Entender y atender la enfermedad: Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: INI, CIESAS, CONACULTA, INAH.
- Parra, D. O. (1996). El "fast-food" y el apresuramiento alimentario en México. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 2(3), 109-135.
- Pérez-Gil, S. E., & Romero, G. (2010). Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: percepción y deseo. *Salud Pública de México*, 52(2), 111-118.
- Popkin, B. M., Adair, L. S., & Ng, S. W. (2012). Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutrition reviews*, 70(1), 3-21. doi: 10.1111/j.1753-4887.2011.00456.x
- Rivero, G. (2016). Atención primaria de la salud. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 33(3), 80-88.
- Secretaría de Salud. Programa de acción para la prevención y control de la diabetes. Primera edición 2001. [Internet], Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/diabetes_mellitus.pdf
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Primera edición, enero 2010. México D.F.
- Soca, P. E. M., Pérez, I. P., Escofet, S. N., Torres, W. C., Pena, A. N., & De León, D. P. (2012). Ensayo clínico aleatorio: papel de la dieta y ejercicios físicos en mujeres con síndrome metabólico. *Atención Primaria*, 44(7), 387-393.
- Soriguer, F., Rubio-Martín, E., & Rojo-Martínez, G. (2012). Prevención de la diabetes mellitus tipo 2. *Medicina Clínica*, 139(14), 640-646. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.03.015>
- Tarrés, M. L., Peón, F. V., Serrano, R. S., García, R. R. R., Wiesner, M. L. R., Margel, G., & Gonzales, O. (2014). *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. El Colegio de México/FLACSO México.
- Taylor, S. & Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Paidós.
- Torres, F., & Rojas, A. (2018). Obesidad y salud pública en México: transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos. *Problemas del desarrollo*, 49(193), 145-169.
- Villarreal-Ríos, E., Mathew-Quiroz, A., Garza-Elizondo, M. E., Núñez-Rocha, G., Salinas-Martínez, A. M. & Gallegos-Handal, M. (2002). Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. *Salud Pública México*, 44(1), 7-13.
- Yanes Q. M., Calderín B.R., & Cruz H. J. (2008). Síndrome de insulinoresistencia, una amenaza para la salud. *Revista Cubana de Endocrinología*, 19(3) Recuperado en 31 de enero de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000300006&lng=es&tlng=es.