

Representaciones Sociales de Dieta en Pacientes con Enfermedad Crónica no Transmisible

Patiño DC^{1,3},
Alves de Oliveira W^{2,3},
Torres AR¹,
Oliveira CCC^{2,3},
Ibarra AMD^{1,3},
Torales APB^{2,3} and
Martínez MMA^{1,3}

Resumen

Introducción: La "dieta" está situada dentro de una cosmovisión social compleja, donde la cultura es una creación colectiva interiorizada ideológicamente en cada individuo, y es plenamente aceptada por la sociedad. Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles [ECNT], son un conjunto de patologías cuya importancia radica en ser las principales causantes de morbi-mortalidad en todo el mundo, todas estas comparten puntos importantes desde el punto de vista etiopatológico, desembocando todas en un tratamiento: la "dieta".

Metodología: Objetivo: explorar el sentido común de la "dieta" en pacientes portadores de ECNT. Se retomó la base teórico metodológico de representaciones sociales (RS), -las cuales integran conceptos cognitivos como: estereotipos, creencias, símbolos, etc., se aplicaron encuestas semiestructuradas a 200 pacientes de una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social del Estado de México Oriente, -esto para definir a partir de los pacientes a la "dieta".

Resultados: El término "dieta" se asoció a un discurso con un rango de asociación muy alto hacia: "...lo que uno puede comer..." "...es muy difícil seguir la dieta por el tiempo", "...lo que me llena..."; "...la dieta no es tan importante como el medicamento..." "...lo que uno debería de comer...", y "...con los alimentos uno puede controlar la enfermedad...", "...uno come lo que no está permitido..." "...es lo que me dice el doctor que puedo comer..." "...son los alimentos que me recomienda el nutriólogo..." -ratificando que la "dieta" es constructo social de control biomédico y que además se encuentra fuera de la aceptación y asimilación del paciente.

Conclusiones: El final de esta investigación devela que los hilos delgados de la marginación e ignominia de nuestros colectivos que padecen ECNT, exponen una inequidad alimentaria y la perpetuación de una dieta inadecuada, -a pesar de las políticas públicas en Nutrición, estas se encuentran alejadas de la realidad, abriéndose un campo de investigación desde el área de la Nutrición al enfoque primario la "dieta".

Palabras clave: Representaciones sociales; Dieta; Enfermedad crónica no transmisible

- 1 Centro Universitario Amecameca- Universidad Autónoma del Estado de México, México
- 2 Universidade UNIT-Tiradentes (Brasil- Campus Aracaju Farolandia), Mexico
- 3 Cuerpo Académico: Nutrición Humana, Educación y Salud Colectiva, Mexico

Correspondencia:

Donovan Casas Patiño

✉ capo730211@yahoo.es

Summary

Introduction: The "diet" is located within a complex social worldview, where culture is a collective creation ideologically internalized in each individual, and is fully accepted by society. Chronic Noncommunicable Diseases [NCD] are a group of diseases whose importance lies in being the main cause of morbidity and mortality worldwide, all these share important points from the point of view etiopathológico, leading all in one treatment: "diet".

Methodology: Objective: To explore the common sense of the "diet" in patients with NCDs. the theoretical and methodological basis of social representations (RS) was resumed - which integrate cognitive concepts such as -estereotipos, beliefs, symbols, etc., semi-structured interviews were applied to 200 patients a Family Medicine Unit of the Mexican Social Security Institute State of Mexico East, -that to define patients from the "diet".

Results: The term "diet" was associated with an address with a range of very high association to: "... what you can eat ..." "... it is very difficult to follow the diet by the time", "... what fills me ..." "... Diet is not as important as medication ..." "... what you should eat ..." and "... with food one can control the disease ..." "... you eat what is not allowed ..." "... it is what it tells me the doctor can eat ..." "... are foods you recommend nutritionist ..." - confirming that the "diet" is a social construct biomedical control and also is out of the acceptance and assimilation of the patient.

Conclusions: The end of this research reveals that the thin threads of marginalization and ignominy of our collective suffering NCDs expose a food inequality and perpetuation of an inadequate diet, -despite public policies on nutrition, these are far of reality, opening a field of research from the area of nutrition the primary focus "diet".

Keywords: Diet; Chronic disease; Social theory

Fecha de recepción: Feb 08, 2016; **Fecha de aceptación:** Mar 10, 2016; **Fecha de publicación:** Mar 15, 2016

Introducción

Las Enfermedades Crónico No Transmisibles (ECNT) son definidas como aquellas entidades patológicas de larga duración y prolongación continua, lo que somete al individuo a una cronicidad generalmente lenta ocasionando ahogo, desconsuelo, sufrimiento, dolor, tristeza y abandono. Las ECNT se consideran el mayor reto del XXI [1] por las implicaciones sociales, económicas y de salud. En este grupo se engloban 4 entidades patológicas de alto impacto epidemiológico:

***enfermedades cardiovasculares** (infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares, arteriosclerosis, hipertensión arterial sistémica (HAS));

***cáncer** (de mama, cervicouterino, pulmón, estómago, hígado, por nombrar los más frecuentes).

***enfermedades respiratorias crónicas** (por ejemplo, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o el asma);

***diabetes mellitus** (DM) [1].

El impacto negativo de estas patologías pone en riesgo a todos los sistemas de salud del mundo por varios factores, entre ellos: el gran número de casos afectados [2], su creciente contribución a la mortalidad general [3], son la causa más frecuente de incapacidad prematura y costo elevado para su tratamiento [4]. Las ENT representan la causa de defunción más importante en el mundo, pues acaparan un 63% del número total de muertes anuales; estas asesinan a más de 36 millones de personas cada año y varios estudios muestran que cerca del 80% de las muertes por ECNT se concentran en los **países de ingresos bajos y medios** [1]. Actualmente el sobrepeso y obesidad se han agregado a la

lista de enfermedades crónicas y de igual manera incrementan los decesos como consecuencia de un proceso complejo que al paso de los años condicionará una vorágine de muerte y marginación del colectivo.

El ámbito internacional de las ENT

La gran mayoría de los países han manifestado epidemiológicamente un alza en los recientes años en relación a ECNT. Lo que anteriormente eran enfermedades infecciosas o de mala accesibilidad a los servicios de salud, se han modificado por el desarrollo social de los colectivos, el envejecimiento de la población, una rápida urbanización y modos de vida poco saludables en forma de dietas malsanas, orillando al progreso continuo de ECNT. Aunado a lo anterior el sobrepeso y obesidad condicionan que las demás entidades patológicas se exponencien desfavoreciendo aún más a los colectivos.

La probabilidad de morir por ENT en países con ingreso medio y bajo ya no es una relación directa como lo habíamos venido promulgando [5], podemos observar que en Ecuador, Chile y Colombia se manifiesta un porcentaje de probabilidad de morir por ENT similar a países con ingresos altos, mejor posicionado que otros países como Estados Unidos de América, Cuba y Brasil (**Tabla 1**), este rango de asociación en probabilidad manifiesta probablemente cambios estructurales a nivel macro, meso y micro que al parecer han sido benéficos en el colectivo.

Dieta como herramienta de combate a las ECNT

Una táctica importante para reducir las ECNT consiste en reducir los factores de riesgo asociados a estas enfermedades, principalmente relacionados con las dietas malsanas, la inactividad

Tabla 1 ENT comparativo entre países, según datos de la OMS 2014.

Pais	% probabilidad de morir por ecnt	Poblacion en millones	Mortalidad total miles	% ecnt
FEDERACION RUSA	30	143	2,102000	86
HAITÍ	24	10	8,9000	48
CHINA	19	1390	9,846000	87
BRASIL	19	199	1,318000	74
CUBA	17	11	89000	86
VENEZUELA	16	29	143000	67
MÉXICO	16	121	605	77
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA	14	318	2,656000	88
ECUADOR	12	15	81000	67
CHILE	12	17	94000	84
COLOMBIA	12	47	202000	71
REINO UNIDO	12	62	557000	89
CANADÁ	11	34	248000	88
ESPAÑA	11	46	398000	92
SUIZA	9	7	62000	91
JAPÓN	9	127	1,192000	79

Fuente Propia; realizada del informe Organización Mundial de la Salud. ENT Perfiles de países: estimaciones de mortalidad para cada país asociado a ENT 2014. 1ed. Editorial OMS. Washington Estados Unidos, 2014.

física y el consumo de tabaco y alcohol. Evidencias muestran que intervenciones en estos últimos puntos instauradas de manera temprana, pueden reducir la necesidad de tratamientos más caros.

Ahora bien, qué sucede cuando una dieta se convierte en el principal productor de ECNT. Varios estudios fundamentan que una dieta ofertada de manera suficiente, accesible, inocua y variada, no sólo previene la malnutrición sino que también reduce el riesgo de sufrir ECNT [6]. El cáncer se reduce con una dieta alta en nutrimentos esenciales [7]. El cáncer de mama tiene factores de riesgo identificados y clasificados como modificables y no modificables, entre los modificables encontramos a la dieta como factor asociado a un riesgo alto de padecer cáncer de mama. El papel de la dieta en la etiología del cáncer se podría explicar a través de las propiedades de algunos nutrientes antioxidantes y su influencia en la respuesta inflamatoria o inmune, en la progresión de algunas células al ciclo celular y de reparación de DNA [8]. Respecto a la hipertensión HAS, el EPOC y la DM estas se previenen con dietas nutritivas y ejercicio [9]. La HAS alta está asociada a una alta ingesta de potasio el cual estimula la expresión de Cyp2c44 en el túbulo contorneado distal lo que contribuye al incremento de la presión sanguínea [10]; además, el alto consumo de fructosa de alimentos procesados induce un aumento rápido y sostenido de la presión arterial [11]. Respecto al EPOC este se asocia directamente al consumo de tabaco pero hay estudios que afirman que un tercio de los pacientes confirmados con EPOC nunca fumaron, de ahí que existen otros factores que interviene en el desarrollo de esta enfermedad, una dieta sana baja en carne roja y rica en granos integrales podría reducir el riesgo de contraer la enfermedad; la hipótesis de los autores del estudio es que los antioxidantes en una dieta saludable serían los responsables de este efecto protector frente al EPOC [12].

Las modificaciones que la humanidad ha tenido respecto a la ingesta de alimentos ha condicionado una adaptación evolutiva

en todo el planeta tierra, y además los colectivos han asociado a esta adaptación dietológica aspectos de construcciones sociales respecto a los imaginarios y significados en torno a esta actividad. El alimentarse ha construido relaciones sociales y códigos de socialización, y viceversa. Estos códigos y relaciones dan construcción a identidades, así la dieta evolucionó a la par del desarrollo social y cultural de la humanidad. Las construcciones sociales, significados y signos, están recludos a condiciones sociales –de clase-, pero además hablando de una dieta regionalizada, ésta determina una conexión cultural, económica, política y de lazos familiares [13].

La dieta es el elemento clave de prevención, promoción y estilos de vida saludable para combate a las ENT, si las políticas en salud han apostado a estilos de vida saludable, ¿por qué el colectivo mundial continua hacia el alza de ECNT?

La dieta es un elemento que se ha moldeado en cada país de manera fáctica, en México la transición dietológica ha hecho que por condición de clase salga más barato en tiempo y dinero consumir una sopa instantánea que cocer un kilo de frijol [13]. Es por esto que develar el entramado de los códigos, signos, significados de esta estructura es poder vislumbrar una parte de la realidad y poder esclarecer los dominios negativos o positivos de estas relaciones sociales en salud.

Objetivo

Explorar y comparar el sentido común de la “dieta” en pacientes portadores de ECNT a través de la base teórico metodológico de las representaciones sociales (RS).

Marco teórico

Esta investigación retoma el paradigma cualitativo de la Teoría de las Representaciones Sociales (RS). Dado que lo que nos interesa es vislumbrar el sentido común de pacientes portadores de

ECNT en relación a la dieta. Concretamente hacemos alusión al término que acuñó Sergei Moscovici, psicólogo social francés de origen ruso, el cual retoma de un concepto olvidado de Durkheim [14]. Esta teoría surge en el campo de la psicología social para contrarrestar el incremento de la individualización, debido a que la tendencia prevaleciente en esta disciplina se encontraba alejada de lo social y se dirigía al individuo. Las representaciones se forman en las experiencias cotidianas de los sujetos, pueden referirse a grandes parcelas de la realidad, le dan sentido a la realidad y van cambiando, son dialécticas [15,16], y de gran utilidad para acceder a las formas subjetivadas o interiorizadas del entramado cultural del colectivo a través del individuo. Aquí las creencias, mitos, valores, normas, prácticas, significados, circulan sobre el campo de la realidad del paciente. Las RS desde una óptica psicosocial es un mecanismo de cognición e instrumento de socialización y de comunicación, Moscovici la define como: «...una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos....» [17].

La RS integra conceptos cognitivos distintos tales como: actitud, opinión, identidad, imagen, estereotipos, creencias, símbolos, etc., se ubica como constructo teórico intermedio entre lo psicológico y lo social. Así la representación social es una: «... forma de conocimiento de sentido común... es bajo la forma de representaciones sociales como la interacción social influye sobre el comportamiento (o el pensamiento) de los individuos implicados en ella, y es al tratar de poner en práctica sus reglas cuando la sociedad forja las relaciones que debería haber entre sus miembros individuales» [17]. Las representaciones sociales tienen por misión primero describir, luego clasificar y, por último, explicar toda la apropiación y reproducción de significados relacionados a un objeto en estudio.

Marco metodológico

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar número 195 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Chalco, Estado de México. La muestra se obtuvo de manera no probabilística, el universo de la población estudiada consistió en 200 pacientes portadores de DM Tipo 2, HAS, Cáncer (*Mama, Prostático y Cervico Uterino, ya tratados quirúrgicamente y sin secuelas clínicas*), y EPOC. Dentro de los criterios de inclusión se contemplaron pacientes de menos de 10 años de diagnóstico de ECNT, sin complicaciones de la patología de fondo y que accedieran a participar en el estudio previo consentimiento informado.

Para conocer el núcleo de las representaciones sociales de la dieta se utilizó el modelo de Abric [18,19] realizando los siguientes pasos: la primera etapa, consistió en una asociación libre de palabras a través de una entrevista semiestructurada con la finalidad de encontrar los términos o frases relacionadas con “dieta”, en una muestra piloto de 20 pacientes portadores de ECNT. Una vez que se obtuvieron todos los términos, expresiones o adjetivos, se procedió a analizar el sistema de categorías mediante la frecuencia del ítem y el rango de asociación [19]. Posteriormente se procedió a la realización de categorías para su análisis, de acuerdo a la estructura y función de las representaciones sociales del significado de dieta, a continuación

se realizó un instrumento (encuesta de 16 respuestas de asociación) obtenido de la asociación libre de palabras construida a partir de la primera fase relacionada con cada categoría, este instrumento fue aplicado a 200 pacientes portadores de ECNT previo consentimiento informado. Finalmente la encuesta se examinó mediante asociación de discursos a través del **OR** (razón de momios), quedando los pasos metodológicos de la siguiente manera:

***Paso 1:** Una vez transcritas las entrevistas, se enumeran las unidades de significación (en general, sujeto y predicado).

***Paso 2:** Se dividen y enumeran las palabras según su orden de aparición en el discurso. Luego, se identifican cuáles son las que más se repiten.

***Paso 3:** Se construye un instrumento (encuesta) con 16 respuestas que puede asociar de manera directa respecto al significado de dieta.

***Paso 4:** Se realiza frecuencia y porcentajes de presentación, además se realizó análisis bivariado a través de OR.

Este procedimiento se aplicó al grupo de los pacientes (N200), con el objeto de comparar ambas figuras para entender el sentido común de cada uno de los actores en sus interacciones simbólicas respecto a la reconstrucción de dieta a través del propio sujeto que padece.

Resultados

Del grupo de pacientes con ENT para la asociación libre (N200), 135 correspondieron al género femenino y 75 al masculino. La edad promedio fue de 52 años (DS=7 años), 140 presentaron escolaridad primaria, 20 secundaria, 20 bachilleratos, 12 profesionales y 8 sin estudios. En cuanto al estado civil, 140 casados, 23 solteros, 18 divorciados y 19 viudo; 154 profesan la religión católica, 33 protestantes, 8 evangélicos y 5 sin religión; en cuanto ocupación 118 trabajan de manera formal, 70 de manera informal y 12 se dedican al hogar. En cuanto a la tipología familiar, por su composición, se encontraron 112 pacientes con tipo nuclear, 72 extensa y 16 extensa compuesta.

En la primera fase de asociación libre en relación a “dieta” en los pacientes con ENT, se obtuvieron los resultados que se observan en la **Tabla 2**.

Con estas frases o palabras se logró conformar un grupo de categorías a partir de las respuestas evocadas por los pacientes con ENT en relación con la función de la “dieta” (**Tabla 3**).

La **Tabla 3**, nos muestra la frecuencia y porcentajes de asociación de los pacientes con ENT, los cuales muestran para cada discurso de análisis de categoría una presentación de frecuencias. La **Tabla 4**, es la muestra de rangos asociación a través de análisis bivariado entre de los discursos de dieta y categorías de estructura, de acuerdo a las asociaciones obtenidas del instrumento.

Discusión

Para interpretar la asociación discursiva de los pacientes con ECNT respecto a dieta, es conveniente arrancar a través de las categorías de análisis preestablecidas, que bien podrían entenderse

Tabla 2 Asociación libre de palabras en relación a “dieta” en paciente con ENT (N20).

Termino o frase	Frecuencia de Ítem	Rango de Asociación
“...lo que puede comer uno...”	17	0.85
“...el dinero no alcanza...”	16	0.8
“...lo que me llena...”	14	0.7
“es muy difícil seguir la dieta por el tiempo”	14	0.7
“...la dieta no es tan importante como el medicamento...”	14	0.7
“...lo que uno debería de comer...”	11	0.55
“...come uno lo que no está permitido...”	11	0.55
“...alimento...”	10	0.5
“...nutritivo...”	10	0.5
“...lo que ayuda a sentirte mejor...”	10	0.5
“...es lo que me dice el doctor que puedo comer...”	9	0.45
“...son los alimentos que me recomienda el nutriólogo...”, “...hija...”, “...esposo/a...”	8	0.4
“...con los alimentos uno puede controlar la enfermedad...”	8	0.4
“...dedico mucho tiempo en mi dieta...”	8	0.4

como los núcleos temáticos centrales de la estructura y función de las representaciones sociales de esta investigación, y así poder dar paso a la interpretación del escenario social del paciente.

a) Identidad

entendida como la construcción desde el colectivo que define la relación de sí mismos en relación al otro o algo, exclusivamente por sus características vividas (más o menos permanentes, inherentes o atribuidas por la interacción cultural) tales como género, raza, etnicidad, religión, lenguaje, origen, en este caso *paciente portador de una patología del tipo ENT y la dieta*. El fragmento de “dieta” en esta categoría se asocia a un discurso con un rango de asociación muy alto hacia “...lo que uno puede comer...”, esta relación se engarza hacia situaciones del tipo económico-social en un primer momento, donde expertos afirman que “...la forma de comer de nuestros pueblos está caracterizada por la disponibilidad y la accesibilidad, es decir, las familias comen lo que hay y para lo que alcanza...” [20], originándose de esta manera condiciones de clase social de acuerdo a percepción económica, cabe mencionar que desde hace más de 15 años expertos en el tema afirmaban que en la población mexicana “...la ingestión dietética sugería un déficit de energía de alrededor de 25%, consumos sumamente bajos de zinc, hierro, vitamina C y vitamina A y consumos por arriba de las recomendaciones de proteínas y de ácido fólico...” [21], a la fecha, México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil, y el segundo en obesidad en adultos, precedido sólo por los Estados Unidos [22], este panorama

discursivo de los pacientes con ENT también refleja un segundo momento la transición dietológica cultural de los colectivos como una situación imperante en todo nuestro territorio. La “dieta” es constructo social de una identidad, en el país “los alimentos que consumen las familias casi a diario son: galletas, tortillas de maíz, sopa, arroz, azúcar, frijoles, huevo, refresco, cerveza, cebolla, chile, papa y café soluble” [20], los cuales son parte del folclor culinario de un país carente de los nutrimentos necesarios lo cual ha sido consecuencia del factor económico que se ha traducido en una transición dietológica hacia lo más económico o barato: “con la brusca caída del producto interno bruto (PIB) se observó un rápido aumento de la pobreza alimentaria de México, la cual pasó de 13.8% de la población en 2006, a 18.2% en 2010, en paralelo, los índices de carencia alimentaria aumentaron de 21.7 a 24.9% de la población entre 2008 y 2010” [23].

Estudios confirman que en México los “adolescentes poseen una percepción poco clara de lo que sería una alimentación saludable” [24] y además, “llama la atención que a pesar de que saben que no son saludables los siguen consumiendo afirmando que lo hacen por la necesidad que tienen de satisfacer el hambre, por el gusto y la economía” [25]. La Identidad de **dieta en pacientes con ECNT está reconfigurada en tres momentos lo económico, lo social y lo cultural**, dando así rasgos inigualables e inimaginables de un momento fatídico de ignominia alimentaria.

b) Actividad

La descripción de la actividad ideológica es típica en aquellos grupos que se definen por lo que hacen respecto a algo, están centrados hacia lo que los hace miembros de algo **pacientes con ECNT y dieta**. Las frases con mayor frecuencia fueron: “...es muy difícil seguir la dieta por el tiempo”... “...dedico mucho tiempo en mi dieta...” y “...lo que ayuda a sentirte mejor...”. En esta época de hipermodernidad el tiempo es fugaz y está fuera de nuestro control [26]: traslados al trabajo muy prolongados, escases de transporte público, horarios y jornadas laborales con horarios extendidos e inadecuados para las funciones básicas de la familia (convivencia, procuración de alimentos, emociones, sensaciones, etc.), estrés laboral, inadecuados e incómodos horarios para realizar una pausa alimentaria en el trabajo; todos estos factores determinan **dietas rápidas de consumo breve** pero llenas de alimentos de energía de absorción rápida (*Coca-Cola, sopas instantáneas, dulces, panecillos, bocadillos, etc;* orillando a los colectivos al sometimiento del desarrollo social adaptativo de la hipermodernidad de una **dieta fugaz, rápida e incluyente de mercadotecnia**.

c) Propósito

Las actividades adquieren un sentido ideológico y social solamente si tienen propósitos (positivos o negativos). De este modo, el discurso ideológico de los grupos se enfocará particularmente en los (buenos o malos) propósitos de sus actividades. La mayor frecuencia en el discurso asociado a esta categoría fue “...lo que me llena...”; “...la dieta no es tan importante como el medicamento...” “...lo que uno debería de comer...”, y “...con los alimentos uno puede controlar la enfermedad...” En México la estructura económico-social es un punto de partida fundamental para entender este discurso, donde los factores de determinación

Tabla 3 Categorías según la función dieta y las palabras asociadas (N200) (Fuente Propia).

Categoría	Palabras o Frases	f	%
Identidad	"...lo que puede comer uno...",	145	72.5
	"...alimento...",	89	44.5
	"...nutritivo...",	67	33.5
Actividad	"...es muy difícil seguir la dieta por el tiempo...",	175	87.5
	"...dedico mucho tiempo en mi dieta...",	57	28.5
	"...lo que ayuda a sentirte mejor...",	39	19.5
Propósito	"...lo que me llena...",	181	90.5
	"...la dieta no es tan importante como el medicamento...",	93	46.5
	"...lo que uno debería de comer...",	86	43
	"...con los alimentos uno puede controlar la enfermedad..."	72	36
Normas/Valores	"...come uno lo que no está permitido..."	178	89
Posición/Relación	"...el dinero no alcanza...",	193	96.5
	"...es lo que me dice el doctor que puedo comer...",	143	71.5
	"...hija...",	113	56.5
	"...esposo/a...",	109	54.5
	"...son los alimentos que me recomienda el nutriólogo...",	103	51.5

social en este caso a una dieta repercuten de manera directa en afirmar que no hay importancia en la preferencia de algún régimen alimenticio, sino que éste es cambiado hacia lo primero que pueda paliar el hambre de los colectivos. En ese sentido se ha documentado desde la década de los noventas que la inseguridad alimentaria puede incrementar el riesgo de obesidad, diabetes, cáncer e hipertensión [27], además en aquellos países con un PIB bajo (<750 dólares al mes) la prevalencia de deficiencia crónica energética se encuentra por arriba de la prevalencia de obesidad, haciendo una correlación directa entre energía vacía y desarrollo de obesidad [28].

En México no se cuentan con estadísticas respecto al uso de medicamentos mágicos para reducción de peso, control de diabetes o hipertensión, en el caso de la obesidad y el sobrepeso solo se ha comprobado que existen sólo dos medicamentos con investigación científica que avalan eficacia y seguridad, el resto de los productos que existen en el mercado representan un riesgo para la salud y la vida de las personas [29], por lo cual se debe explorar en ese sentido que otros tratamientos tiene mejor percepción por parte de los pacientes, que condicionan el delegar al final de toda su perspectiva como paciente con ENT a la dieta.

d) Normas/Valores

Para una buena parte de los discursos ideológicos son cruciales los significados que involucran normas y valores acerca de lo que nosotros consideramos como bueno o malo, correcto o

erróneo, y lo que en nuestras acciones y propósitos tratamos de respetar o de alcanzar. En los discursos la frase más frecuente fue: "...uno come lo que no está permitido..."; lo cual es reflejo del rompimiento de todo aquello que esta normado dentro de un tratamiento dietológico del paciente con ECNT, así se dibuja un estado de insignificancia hacia los hábitos alimentarios a pesar de contar con una patología de fondo [30]. Al parecer el estado psicológico puede condicionar estados inadecuados de la percepción alimenticia orillando esto a estados de mala nutrición condicionados por estrés [13], el cual puede ser desarrollado por las propias patologías de las ENT.

e) Posición/Relación

Mediante esta categoría se puede prever que se pondrá un especial énfasis en las relaciones grupales, el conflicto, la polarización, y la presentación negativa del otro (desacreditación), dentro de esta categoría se encontraron frases como: "...el dinero no alcanza...", "...es lo que me dice el doctor que puedo comer...", "...hija...", "...esposo/a...", y "...son los alimentos que me recomienda el nutriólogo..." Estos discursos se engarzan con las situaciones económicas fluctuantes de un mercadeo internacional que sumerge aún más a los colectivos. Aunado a lo anterior existen discursos relacionados a estructuras de poder y apoyo social, aquí se confirma la estructura de poder medico hegemónico como normalizador de un pensamiento en relación a lo obligatorio de una dieta y no así la estructura de un discurso de alimentación

Tabla 4 Análisis bivariado de categorías y asociación con el discurso (N200).

Categoría/ Discurso	Identidad			Actividad			Propósito			Normas/Valores			Posición/Relación		
	OR	p	IC95%	OR	p	IC95%	OR	p	IC95%	OR	p	IC95%	OR	p	IC95%
"...lo que puede comer uno..."	0.6	0.001	0.1-0.8	0.32	0.003	0.4-0.7	0.45	0.002	0.3-0.9	0.4	0.005	0.5-0.9	0.5	0.003	0.2-0.9
"...alimento..."	1.3	0.006	1.1-4.5	2.4	0.012	3.2-7.6	3.6	0.981	4.5-10.1	1.4	0.54	2.1-5.3	3.1	0.391	1.1-7.8
"...nutritivo..."	1.9	0.098	0.2-9.2	1.1	0.213	1.9-5.6	2.3	0.51	0.7-2.3	2.4	0.56	1.2-3.4	2.1	0.34	1.4-5.9
"...es muy difícil seguir la dieta por el tiempo..."	0.2	0.003	0.2-0.7	0.4	0.002	0.4-0.87	0.79	0.005	0.3-0.7	0.5	0.003	0.5-1.1	0.2	0.001	0.3-0.9
"...dedico mucho tiempo en mi dieta..."	2.4	0.156	0.9-3.5	1.6	0.003	0.98-1.6	3.6	0.084	2.1-7.9	4.1	0.075	0.8-4.9	5.1	0.983	3.5-12.9
"...lo que ayuda a sentirte mejor..."	3.1	0.321	0.6-13.1	4.5	0.764	0.56-9.4	1.3	0.087	0.9-3.21	7.8	0.786	9.8-19.3	8.6	0.962	7.2-23.1
"...lo que me llena..."	0.3	0.001	0.3-0.7	0.4	0.001	0.2-0.9	0.4	0.002	0.3-0.9	0.1	0.001	0.2-0.8	0.7	0.003	0.2-1.1
"...la dieta no es tan importante como el medicamento..."	1.3	0.003	0.9-1.3	2.1	0.003	1.2-9.3	1.2	0.004	0.9-3.4	3.4	0.005	0.7-11.3	4.1	0.008	3.2-9.8
"...lo que uno debería de comer..."	2.5	0.045	9.7-27.1	1.9	0.078	2.3-11.6	3.1	0.876	9.1-12.3	2.6	0.029	0.9-16.1	5.6	0.298	2.9-15.9
"...con los alimentos uno puede controlar la enfermedad..."	3.5	0.072	1.3-7.8	2.3	0.43	1.4-5.6	6.7	0.092	4.2-11.3	4.9	0.086	0.8-13.2	2.4	0.821	1.1-12.4
"...come uno lo que no está permitido..."	0.3	0.001	0.2-0.7	0.2	0.001	0.3-0.9	0.4	0.002	0.1-1.2	0.1	0.001	0.2-0.9	0.6	0.003	0.4-1.2
"...el dinero no alcanza..."	0.2	0.002	0.3-1.2	0.4	0.003	0.4-1.3	0.2	0.001	0.2-0.8	0.6	0.002	0.4-1.02	0.8	0.002	0.3-1.3
"...es lo que me dice el doctor que puedo comer..."	0.8	0.003	0.5-1.4	0.5	0.002	0.7-0.98	0.76	0.002	0.24-1.3	0.9	0.005	0.7-1.4	0.9	0.003	0.4-1.
"...hija..."	0.9	0.005	0.9-2.3	1.2	0.078	1.1-5.6	1.8	0.097	1.2-8.9	2.3	0.073	2.4-9.5	1.6	0.765	7.1-13.5
"...esposo/a..."	1.2	0.045	1.1-8.7	1.7	0.041	3.4-9.5	2.1	0.651	2.3-7.6	4.5	0.391	1.2-5.9	3.1	0.723	2.3-8.3
"...son los alimentos que me recomienda el nutriólogo..."	1.5	0.564	0.9-5.4	2.9	0.061	2.1-7.8	3.6	0.659	1.3-8.2	5.3	0.675	1.4-11.1	7.6	0.98	3.4-9.7

saludable. Por otro lado el profesional de la salud dedicado a estructurar un conocimiento científico en beneficio del individuo y colectivos es marcado al final de las relaciones de poder que dominan las estructuras dialógicas de dieta en pacientes con ECNT, esto es de llamar la atención, puesto que este profesional es parte fundamental de programas educativos a nivel nacional, y al parecer todavía no es parte del reconocimiento social de los colectivos

Respecto al análisis bivariado de los discursos relacionados a dieta en pacientes con ENT, encontramos una asociación muy fuerte entre todas las categorías y los siguientes discursos, "...lo que puede comer uno...", "...es muy difícil seguir la dieta por el tiempo...", "...lo que me llena...", "...come uno lo que no

está permitido..." "...el dinero no alcanza...", "...es lo que me dice el doctor que puedo comer...", encontrándose a través de esta analogías discursivas un entramado de significados de un colectivo lleno de marginación, ignominia, y sometimiento. La estructura discursiva remarca los factores de determinación social de la salud, en este caso el económico el cual nos remite a la percepción de un colectivo que construye a través del sentido común el fracaso de las políticas no solo de salud, sino de toda una percepción colectiva generalizada.

Conclusión

Esta investigación pretende abarcar un panorama olvidado dentro las políticas en salud, puesto que, si el patrón de comportamiento

epidemiológico de ECNT continua como lo esperado en los próximos 20 años, la relación entre dieta y colectivo seguirá con el mismo rumbo expuesto, con un desdeño de dieta que somete de una manera diabólica la relación virtual histórica de los colectivos sometiendo a estos a una cascada infinita de daño a la salud. Actualmente se prioriza que el combate a las ECNT debe ser a través de procurar una dieta saludable, nutritiva, accesible y de temporada, pero la construcción social de la realidad imperante del sentido común demuestra que ésta dista mucho de los discursos dogmáticos de lo político a lo científico: “regulaciones sesgadas privilegian los intereses económicos por encima de la salud de las personas” [31]. El final de esta investigación devela que los hilos delgados de la marginación e ignominia de nuestros colectivos mexicanos que padecen ECNT, exponen una inequidad

alimentaria total, la cual se vive a diario dentro un mundo cambiante, donde la vorágine del olvido y la traición convierte a estos pacientes en fantasmas de un México no incluyente.

Agradecimientos

A cada uno de los integrantes del equipo de trabajo del: **Centro Universitario Amecameca de la UAEM y al Cuerpo Académico Nutrición Humana, Educación y Salud Colectiva**, a la **Universidad UNIT-Tiradentes** por el espacio teórico permitido para este proyecto, y así mismo agradecer al **Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP 2015)** con número de registro **DSA/103.5/14/11061**, por su apoyo para la realización de esta reflexión científica

Bibliografía

- 1 Organización Mundial De La Salud (2014) Perfiles de países: estimaciones de mortalidad para cada país asociado a ENT (1stedn.) Editorial OMS, Washington Estados Unidos.
- 2 Rivera JA, Barquera S, Gonzalez T, Olaiz G, Sepulveda J (2004) Nutrition transition in Mexico and in other Latin American countries. *Nutr Ver* 62: S149-S157.
- 3 González P, Gutiérrez C, Stevens G, Barraza M, Porras R, et al. (2007) Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Pública Mex* 49: S37-S52.
- 4 Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K (2002) Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 288: 1775-1779.
- 5 Organización Mundial De La Salud (2014) ENT Perfiles de países: estimaciones de mortalidad para cada país asociado a ENT (1stedn.) Editorial OMS, Washington Estados Unidos.
- 6 Bengoa J (2008) Guías de alimentación. Caracas 2008: Fundación Cavendes.
- 7 World Cancer Research Fund/American Institute For Cancer Research (2009) Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective. Washington D.C.
- 8 Romieu I (2011) Diet and breast cancer. *Salud Pública Méx* 53: 430-439.
- 9 Da Saúde M (2013) Dietary guidelines for the Brazilian population. Brazilian Ministry of Health, Brasília.
- 10 Wang W, Lin Dh, Gonyea Y, Yue P, Ahzng C, et al. (2012) Deletion of Cyp2c44-epoxygenasa in the collecting duct causes the hypertension in mice on a high K diet. *Hypertension* 60: S23-S29.
- 11 Zhang Y, Ye L, Yuan H, Duan D (2014) CFTR as a Novel Target and Mechanism for High-Fructose Diet and Salt-Induced Hypertension. *Arteriosclerosis, Thrombosis & Vascular Biology* 34: A170.
- 12 Varraso R, Chiuve Se, Fung Tt, Barr R, Hu F, et al. (2015) "Alternate Healthy Eating index 2010 and risk of chronic obstructive pulmonary disease among US women and men: prospective study". *BMJ* 350: 1-11.
- 13 Casas D, Rodríguez A (2014) Significado de la dieta en pacientes con obesidad. *Ciencia desde el Occidente* 1: 53-60.
- 14 Timasheff N (2006) 21 reimp. Editorial Fondo de Cultura Económica. La teoría sociológica pp: 141-154.
- 15 Delval J (2000) Aprender en la vida y en la escuela (1stedn), Editorial Morata, Madrid, España.
- 16 Moscovici S (1988) Notes towards a description of social representations. *Eur J Soc Psychol* 18: 211-250.
- 17 Moscovici S (1994). *Psicología Social* (2ndedn), Derechos reservados conforme a la(g) Ediciones Oasis, Mexico.
- 18 Abric JC (2001) Prácticas sociales y representaciones. México DF Covoacan.
- 19 Revilla A, Catillo JLD, Bailón E, Medina M (2005) Validación del cuestionario MOS de apoyo social en atención primaria. *Med Fam* 6: 10-18.
- 20 Enciso AL (2013) Promueven programas consume de alimentos que ocasionan obesidad. *Sociedad*.
- 21 Rivera J (2000) La situación alimentaria en México. *Revista de Salud Pública de México* 3: 34-49.
- 22 UNICEF (2014) El doble reto de la malnutrición y la obesidad. *Salud y nutrición*.
- 23 Urquía-Fernández N (2014) La seguridad alimentaria en México. *Salud Pública de México* 56: 92-98.
- 24 Lagunas E, Luyando J (2013) Alimentos saludables: la percepción de los jóvenes adolescentes en Monterrey, Nuevo León. *Estudios Sociales* 21: 145-164
- 25 Contreras G, Camacho J, Ibarra L, López L, Escoto (2013) Los hábitos de estudiantes universitarios. *Revista UNAM* 14: 1607-1622.
- 26 Lfipovetsky G (2007) La ffefficidad paradójica (2nd edn.) Editorial Anagrama, Barcelona, España.
- 27 Dietz W (1995) Does hunger cause obesity? *Rev Med Pedia* 95: 766-779.
- 28 Monteiro C (2004) Socioeconomic status and obesity in adult's populations of developing countries: a review. *Bull World Health Organ* 82: 940-946.
- 29 Cruz A (2008) Solo 2 medicamentos han demostrado efectividad científica contra la obesidad.
- 30 Diaz J (2007) Estrés Alimentario y salud laboral vs. Estrés laboral y alimentación equilibrada. *Med Segur Trab* 53: 93-99.
- 31 Cruz Á (2015) Riesgo de diabetes en uno de cada tres niños nacidos a partir de 2010: la industria de alimentos y bebidas obstaculiza la estrategia nacional de prevención y control, acusa. *Periódico La Jornada Seccion Política*.